

**CASO DE UNA PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS CON TRASTORNO DE ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO CON COMORBILIDAD DE FOBIA SOCIAL**

**Investigador:**

**ROMINA CAROLINA LLINÁS VILLAMIZAR**

**Directora:**

**IRENE POLO MARTINEZ**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**PROFUNDIZACIÓN CLÍNICA**

**BARRANQUILLA**

**2020**

## TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO.....	6
Título.....	6
Investigador y director .....	6
2. INTRODUCCIÓN .....	7
4. ÁREA PROBLEMA.....	17
5. PREGUNTAS GUÍAS U OBJETIVOS.....	21
Objetivo General .....	21
Objetivos Específicos.....	21
6. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.....	23
Identificación .....	23
Contacto inicial .....	23
Motivo de consulta.....	23
Quejas de la paciente .....	24
Identificación de problemas .....	24
Análisis descriptivo de los problemas.....	24
Formulación analítica conductual: relación molar.....	26
Análisis funcional .....	26
Historia del problema.....	30
Historia personal .....	32

Historia familiar .....	32
Genograma.....	33
Historia académica.....	33
Historia socio afectiva.....	33
Proceso de evaluación clínica .....	34
Conceptualización diagnóstica.....	39
Factores de desarrollo .....	40
Conceptualización cognitiva.....	43
Objetivos terapéuticos.....	45
Diseño de intervención .....	45
7. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS SESIONES.....	50
8. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIAS .....	66
Trastorno de estrés postraumático .....	66
Ansiedad social .....	68
Modelos teóricos que posibiliten la comprensión y el abordaje terapéutico de la AS y el TEP desde el enfoque Cognitivo- Conductual .....	70
Ansiedad Social .....	70
Trastorno de Estrés postraumático.....	73
Factores de Vulnerabilidad .....	77
Ansiedad Social .....	77

Trastorno Estrés Postraumático .....	80
Comorbilidad entre la Ansiedad Social y el trastorno de estrés postraumático.....	82
Protocolos y modelos de intervención que muestren ser eficaces en el abordaje de ambos trastornos en la práctica clínica.....	87
9. ANÁLISIS DEL CASO .....	94
10. DISCUSIÓN .....	104
11. CONCLUSIONES .....	109
12. BIBLIOGRAFÍA .....	111
12. ANEXOS .....	128

## **LISTA DE TABLAS**

Tabla 1. Análisis Funcional .....	26
Tabla 2. Dificultad del desempeño social .....	27
Tabla 3. Proceso de evaluación clínica .....	34
Tabla 4. Factores de desarrollo .....	40

## **1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO**

### **Título**

Caso de una paciente femenina de 19 años con Trastorno de Estrés Postraumático con comorbilidad de Fobia Social.

### **Investigador y director**

Investigador: Romina Carolina Llinás Villamizar

Directora: Irene Polo Martínez.

## 2. INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con los tipos de trastornos de ansiedad, en especial la ansiedad social, además de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, entre ellos se encuentra el estrés postraumático, cuyos diagnósticos generan un impacto en la vida del paciente a tal punto que afecta en la disfuncionalidad en diferentes áreas de la vida de las personas; diversas investigaciones afirman que la victimización sexual durante la infancia y la adolescencia ha demostrado ser un importante predictor de problemas de salud mental durante estas etapas de la vida (Beitchman, Zucker, Hood, Da Costa & Akmann, 1991; Kendall- Tackett, Williams & Finkelhor, 1993; Pereda, 2009, como se citó en Guerra & Farkas, 2015). Diversos estudios, como anota, Guerra & Farkas (2015), han planteado que los niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales presentarían altos índices de sintomatología internalizante, vinculada a la depresión, al trastorno de estrés postraumático (TEPT) y a la ansiedad (Arredondo, 2002; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005; Saywitz, Mannarino, Berliner & Cohen, 2000) y que la sintomatología sería mayor que en aquellos que no han sufrido este tipo de abusos (Bal, Crombez, Van Oost, & De Bourdeaudhuij, 2003; Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; McLeer et al., 1998). Sin embargo, a nivel internacional se ha señalado que existe una variabilidad considerable en el tipo y en la intensidad de la sintomatología que presentan las víctimas, existiendo algunas que desarrollan complejos e intensos cuadros, mientras que otras no presentan ningún tipo de síntoma (Caffaro-Rouget, Lang, & vanSanten, 1989; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005). Partiendo de lo anterior, la existencia de esta variabilidad de resultados, es pertinente explorar en este estudio la relación entre el Trastorno de Estrés Postraumático y Ansiedad Social a través de un estudio de caso único aplicado desde la Terapia

Cognitivo- Conductual que posibilite la comprensión del fenómeno y su intervención clínica como mencionan varios autores (Beck, Rush, Shaw et al., 1979) & (Botero, 2005).

En el presente estudio, se reconoce la comorbilidad, explicando el origen de ambos Trastornos el Estrés Postraumático y la Ansiedad Social, teniendo en cuenta, no solo las bases teóricas desde el enfoque cognitivo conductual, sino también los factores de desarrollo como se menciona en el protocolo de (Pieschakon, 2011) y la terapia cognitiva Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático y Trastornos de Ansiedad (Beck & Clark, 2012).

En el proceso terapéutico es importante identificar la comorbilidad entre los trastornos en el diagnóstico, puesto que se ha encontrado que los problemas que presentan mayor comorbilidad del estrés postraumático es la ansiedad social cuyos individuos presentan falta de habilidades sociales, puede ser de utilidad valorar las dificultades diagnósticas, establecer su relación molar que aparecen en la práctica clínica, así como para ejemplificar la utilidad del abordaje psicológico en los trastornos de ansiedad social y trastorno de estrés postraumático

Desde el modelo de terapia cognitiva conductual, se identifica la comorbilidad de los trastornos de estrés postraumático y ansiedad social, mediante los cuales se logró conocer los hechos significativos del paciente desde la infancia, además cuando se encontraba en la universidad manifestaba miedo y ansiedad que se presentaba al exponer o participar en clase estando presente la figura de autoridad, en ese contexto el profesor, lo asociaba con la figura del padrino con el que ocurrió la experiencia traumática y como consecuencia reexperimentaba el hecho, presentando la triada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y



síntomas de hiperalerta en respuesta a su acontecimiento traumático, activándose, creencias centrales, tales como Desamparo: “ soy débil, soy vulnerable, soy incapaz”, Incapacidad de ser amado: “ no soy querible, van a rechazarme y me quedaré sola” y con ello, la cadena cognitiva de creencias intermedias, respuestas afectivo/ emocionales, fisiológicas y conductuales.

Comprender la relación de la comorbilidad de los diagnósticos establecidos facilitó plantear el diseño de intervención con el fin de brindarle a la paciente las técnicas y herramientas para proporcionar habilidades de afrontamiento ante las situaciones identificadas que le generaban malestar. Para el diseño de tratamiento se basó en la teoría cognitivo conductual tanto del Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Ansiedad Social, en modelos y protocolos, se tuvo en cuenta los requerimientos de la paciente, así se adecuo el plan de tratamiento y se llevó a cabo de manera simultánea (Botella, 2001) .

### 3. JUSTIFICACIÓN

Partiendo de la investigación científica es importante mencionar a Hernández, Fernández & Baptista, (2010), quienes plantean que la misma se basa en un conjunto de métodos consecuentes que se emplean para el estudio de un fenómeno. Es decir, a través de lo manifestado por los autores es importante utilizar la metodología basada en un estudio de caso, donde se recopila información detallada acerca de un individuo.

En el mismo orden de ideas, Cervone y Pervin (2009), nombran la importancia de los estudios de casos que en la mayoría de los individuos se refieren a factores clínicos de salud mental con respecto a las complejidades de la personalidad humana donde se tiene un acercamiento real con el paciente objeto de estudio para comprender los procesos psicológicos en cuanto a la representación y procesamiento de la información.

Al respecto, se presenta un estudio de caso único con una variable determinada que es la comorbilidad entre los Trastornos Estrés Postraumático y Ansiedad Social. Es conveniente realizar este tipo estudio de caso, ya que el estrés postraumático se asocia a experiencias traumáticas generando malestar en la persona, las manifestaciones que se presentan a nivel físico y emocional que activan los esquemas. La presencia de condiciones psiquiátricas comórbidas influye de manera importante en las decisiones acerca de las opciones terapéuticas en el TEPT debido a que los síntomas postraumáticos del paciente con frecuencia no mejorarán a menos que se traten también los síntomas comórbidos (Yehuda, 2001).

Como consecuencia de esas manifestaciones se produce una disfuncionalidad en diferentes áreas de la vida del individuo. De acuerdo con Zayfert & Black (2008), la persona que ha estado expuesta a una situación traumática, se espera que como consecuencia del hecho responda con ansiedad o haya otra alteración emocional y sienta que pierde el control sobre la situación, por consiguiente, explorar la relación entre la experiencia de abuso y la ansiedad social en este estudio de caso, proporcionará la comprensión del fenómeno y su intervención para brindar nuevas perspectivas en el tratamiento.

Según Escudero, Martín & González (2017), cuando un adulto ha sido abusado sexualmente en la etapa de la infancia, es vulnerable a ser diagnosticado con un Trastorno Mental como los Trastornos de Ansiedad o en específico Trastorno de Estrés Postraumático. El abuso sexual es una experiencia traumática que predispone en la edad adulta al diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, ya que la persona sufre y se llena de miedo a lo largo de la vida, puesto que en la manera en cómo interpreta y comprende las situaciones generan alto malestar en la vida, y no intervenir aumenta el riesgo de empeorar el curso y pronóstico del cuadro clínico.

Es pertinente llevar a cabo el estudio de caso único acerca de problemas relacionados con la salud mental como el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático con comorbilidad de Ansiedad Social, para mejorar la atención y seguir las pautas necesarias para el tipo de problema o diagnóstico de cada persona, facilitando la recuperación de la funcionalidad de la persona en las diferentes esferas de su vida. En un estudio de caso, se toma en cuenta la relevancia social, en este caso, Sarmiento (2016), menciona que en Colombia, el estado de atención y ayuda psicológica son deplorables, los nuevos lineamientos en materia de política de salud en Colombia

con la política en salud mental, la ley 1616 favorece el escenario para la atención desde la atención basada en la comunidad para los colectivos poblacionales, lo que implica por un lado, la formación profesional de psicólogos clínicos competentes para el abordaje en la atención primaria en salud, y por otro lado, la psicoeducación a la población sobre la importancia de aplicar acciones de promoción, prevención para salud, así como para realizar la atención y rehabilitación en salud mental mediante procesos de intervención psicológica, especialmente cuando vivencia malestar psicológico debido a la exposición de situaciones traumáticas como abuso sexual, violencia, conflicto armado, catástrofe, o cualquier atención clínica que amerita atención.

Cuando la persona vive una situación traumática para Lazarus & Folkman (1984), es relevante identificar los factores externos de la situación tales como el nivel de preocupación por el hecho, cuanto tiempo y cantidad de veces que ocurrió el suceso, posterior a la exposición a situaciones traumáticas, la persona piensa y siente que es vulnerable ante cualquier situación, su sistema de alarma aprendida centra su atención en estímulos asociados al evento, percibiendo que la situación se va a volver a repetir y como consecuencia responde con alto nivel de malestar emocional (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta & Sarasua, 2002; Echeburúa, 2007).

Es importante, atender estos tipos de problemáticas en terapia, ya que una situación traumática específicamente la experiencia de abuso sexual como factor predisponente puede llevar a largo plazo a un problema psicológico como se presenta en este caso único un trastorno de estrés postraumático con comorbilidad de ansiedad a nivel social, como comenta Tapias

(2018), una persona que haya vivenciado una situación que le genere un impacto a nivel psicológico, siente malestares que influyen en la funcionalidad de la persona, ya que revive la experiencia traumática, presenta pesadillas relacionadas con el suceso, presenta síntomas a nivel fisiológico, presencia de irritabilidad, dificultades para dormir y realiza conductas de evitación. Hay presencia de dificultades relacionadas en el área social llevándola a un diagnóstico de ansiedad social, generándole dificultades en las relaciones interpersonales y el miedo de lo que perciban y piensen las demás personas de ella en situaciones sociales.

La atención psicológica es necesaria y efectiva en los casos de Estrés postraumático y Ansiedad Social, ya que ayudará de tal manera a resolver los problemas identificados, disminuyendo la sintomatología, la activación de los pensamientos, esquemas y creencias centrales e intermedias y brindar técnicas y herramientas para los pacientes. Según Guerra & Barrera (2017), desde el modelo cognitivo conductual hay validez de la terapia porque el terapeuta se basa o se centra en el trauma desde que inicia el proceso de psicoterapia. Se realiza con el paciente un pacto acerca del compromiso que deben de tener ambos (terapeuta- paciente) para que el proceso sea afectivo y realmente el paciente pueda emplear las herramientas y técnicas en la vida cotidiana y así pueda responder ante situaciones de riesgo (Zorzella, Muller & Cribbie, 2015).

Cabe destacar que la comorbilidad del trastorno de estrés postraumático y la ansiedad social, tiene unas implicaciones que favorece al área de la psicología clínica como por ejemplo para este caso establecer el diseño de intervención desde el modelo Cognitivo Conductual centrado en el trauma, como lo menciona Botero (2005), el modelo brinda herramientas para favorecer la

realidad del paciente y ocurran cambios significativos y mejorías en el mismo. En la intervención se tienen en cuenta técnicas como lo son la exposición prolongada, aplicar la terapia cognitiva y del procesamiento emocional. Desde el modelo cognitivo conductual se abarca tres áreas importantes del individuo como lo son el pensamiento, la emoción y la conducta. Se tiene en cuenta estos tres aspectos con el fin de conocer las cogniciones que frecuentemente tiene el paciente y le están generando malestar al igual que la respuesta afectiva emocional y la respuesta conductual.

A lo largo del estudio, se permite dar a conocer los vacíos teóricos que actualmente existen con respecto a la variable comorbilidad entre los trastornos Estrés Postraumático y Ansiedad Social. Se profundiza los temas a través de los diferentes tipos de terapias que se aplican a ambos trastornos.

Se presentan dos tipos de problemáticas en el caso único, esto significa que existe una comorbilidad. Sierra, Ortega & Zubeidat (2003), tienen en cuenta los dos conceptos tanto de estrés y ansiedad y determinan que hay una relación entre ellos, hay semejanzas pero también existen las diferencias entre los dos problemas. Peña, Bernal, Pérez et al., (2017) entre otros (Gázquez et al., 2019) comentan que el estrés no hace parte del aspecto de las emociones y como técnicas se pueden emplear para el manejo del estrés, la resolución de problemas, habilidades sociales teniendo en cuenta los estilos de comunicación y las habilidades de afrontamiento.

Las técnicas mencionadas favorecen al proceso para tratar el trastorno de estrés postraumático y la Ansiedad Social, ya que el paciente con respecto a la resolución de problemas va a tener herramientas para las diferentes situaciones que le pueden generar malestar y tener una solución por sí mismo, dependiendo de lo que esté viviendo en el momento. Así igual con las habilidades de afrontamiento, se tienen en cuenta los recursos que tiene la persona para el manejo de las situaciones que le generan malestar y las habilidades sociales teniendo en cuenta los estilos de comunicación que hace referencia como la persona se expresa ante los demás ya sea de manera agresiva, pasiva o asertiva también en la toma de decisión, en la empatía, expresión de las emociones y como iniciar una conversación. Autores como Bonilla & Padilla (2015), hacen referencia a la ansiedad desde punto de vista patológico, es decir, que la persona cumpla con criterios como la frecuencia de la emoción y tiempo que dura la ansiedad, la consecuencia que trae la ansiedad en la persona, hay disfuncionalidad en varias áreas de la vida como por ejemplo en la personal, laboral, social y familiar. Se considera que una persona llega a ser diagnosticada con cualquier tipo de trastorno de ansiedad cuando cumple estos criterios más los específicos en la clasificación de cada uno de ellos.

En cuanto a la ansiedad según Beck, Rush, Shaw et al., (1979), mencionan que en los pacientes con este tipo de problemas se basan en la respuesta emocional y comportamental porque dependiendo de la manera en que el ser humano interpreta el mundo así será en el área afectivo comportamental y se espera que con la terapia cognitivo conductual pueda brindar técnicas para que la persona lleve una vida más funcional y adaptativa. Es importante como ya se había mencionado anteriormente identificar los pensamientos, emociones y conductas del paciente para poder identificar la manera en cómo está percibiendo el mundo y que siente que le

genera miedo. Para una mayor adaptabilidad en los pacientes con ansiedad se sugiera practicar la técnica de mindfulness, donde la persona centra su atención consigo mismo y así se reduce la evitación y disminuye los frecuentes pensamientos negativos (Amutio et al., 2018).

Como utilidad metodológica, la presente investigación como caso único de una joven de 19 años de edad, ayuda a analizar los datos recolectados a lo largo del proceso de evaluación teniendo en cuenta los factores de desarrollo y la variable de estudio siendo la comorbilidad. A lo largo del estudio de caso único se mencionan los autores que justifican la comorbilidad de ambos trastornos relacionándola con la información de la paciente JB.



#### **4. ÁREA PROBLEMA**

El abuso sexual es una situación que puede conllevar en la edad adulta a un diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático así como se ha mencionado anteriormente en estudios relativos al tema por diversos autores (Beitchman, Zucker, Hood, Da Costa, & Akman, 1991; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Pereda, 2009). Según el ICBF en el 2019 las edades más frecuentes en las ocurre este suceso con los niños y adolescentes son entre los 12 y 17 años de edad. Cuando esta situación mencionada se presenta es importante saber la manera en como el niño o el adolescente la interpreta, ya que desde la infancia si ocurre un hecho significativo como lo es en este caso el abuso sexual infantil, se inicia la instauración los esquemas en esta etapa de la vida. Según Resick & Schnicke (1993), mencionan con respecto a los esquemas y creencias sobre cómo se percibe a sí misma y al mundo que la rodea, se van instaurando a partir de la manera como el niño o el adolescente manifiesta las emociones y como se va adecuando la persona ante la experiencia traumática. En la edad adulta también se tiene en cuenta otros factores como las características de la personalidad, el temperamento, que tipo de vínculo tuvo el paciente con los padres en la infancia u otros sucesos que hayan sido significativos y hayan generado una vulnerabilidad.

Las situaciones significativas son un factor predisponente tanto para el Trastorno de Estrés Postraumático como para el Trastorno de Ansiedad Social, y no solo se tiene en cuenta los factores de desarrollo de predisposición como el factor biológico, del contexto sino también de los factores adquisitivos que se explica en la manera en cómo se aprendió o adquirió el problema (Martínez, Neira, Marín et al., 2019). Como situación significativa que surge como

factor, está la ausencia de una figura significativa ( Chartier, Walker & Stein, 2001), abandono por parte de una de las figuras paternas en los primeros años de vida (Wittchen et al., 1999).

Existen diversos factores que pueden conllevar una comorbilidad entre Trastornos como el Estrés Postraumático y Ansiedad Social. Esto se puede constatar con lo que menciona Beck & Clark (2012), tener una susceptibilidad a la ansiedad cuenta como un factor predisponente para el Trastorno de Estrés Postraumático o sino para trastornos tales como el pánico. El tener una condición desde la infancia o en la adolescencia predispone en la edad adulta a presentar un problema relacionado con la salud mental o puede llegar a ser un Trastorno. Así como comentan Allen, McHugh & Barlow (2008), a partir de experiencias significativas en la infancia se va creando una fragilidad psicológica, los autores desarrollan un protocolo unificado basado en la ansiedad social y los trastornos de estrés postraumático, a través de principios terapéuticos comunes al tratamiento psicológico de los diversos trastornos emocionales se han destilado e integrado en un protocolo único que, en teoría, es aplicable a toda la gama de trastornos emocionales. Este nuevo enfoque aún no se ha beneficiado de los esfuerzos para establecer una validación empírica extensa. Pero los componentes que componen este tratamiento han logrado un apoyo empírico amplio y profundo, y lo nuevo de este enfoque es la interacción de estos componentes y la manera sistemática en que se aplican a los trastornos. Es necesario realizar el proceso psicológico, ya que de esta manera el paciente puede organizar y procesar el hecho significativo en el componente cognitivo y así poder llevar una vida funcional.

Bados, (2015), menciona que con respecto a la fobia social, la comorbilidad es muy frecuente de un 70 a 80 %. (Caballo, 1995; Hope, Holt & Heimberg, 1993) señalan algunos trastornos principales que pueden desencadenar la fobia social como: agorafobia, distimia,

trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y miedo a los exámenes. De acuerdo a como se desencadenen los trastornos mencionados ocurre comorbilidad con fobia.

El no realizar a tiempo el proceso de evaluación y de tratamiento al paciente que presenta sintomatología relacionada a ambos trastornos Estrés Postraumático y Ansiedad Social, a largo plazo el paciente está en riesgo de seguir presentando con mayor intensidad la sintomatología como la evocación del suceso traumático, ya sea que llegue a su mente pensamientos automáticos, imágenes o sueños con contenido relacionado al trauma, aumento de la culpa, rabia, aumento de la dificultad en el ámbito social, es decir, persiste la dificultad en el desempeño social poca interacción social.

Cuando el paciente decide iniciar el proceso psicológico, es consciente de los pensamientos que llegan a su mente en situaciones que le generan malestar, identifica los pensamientos irracionales, las distorsiones cognitivas y los esquemas que se activan en situaciones de estrés, también logra identificar las emociones y cómo responder ante esas emociones y analizar las respuesta conductual. A través del proceso psicológico, el paciente logra llevar una mejor calidad de vida con ayuda de la terapia.

El presente es un estudio de caso único, esto quiere decir que se realiza un estudio de caso acerca de una o varias problemáticas Stake (1999), hace referencia al estudio de caso único como una investigación en específico y es importante saber sobre lo que se quiere profundizar y comprender. Realizar un estudio de caso único permite profundizar acerca de un tema de interés y permite dar un punto de vista. El estudio favorece a la comunidad de los psicólogos clínicos, ya

que permite actualizar y abordar un problema en particular y conocer nuevas técnicas o herramientas que se estén implementando en la actualidad para esa entidad clínica y así mismo abordar temáticas relacionadas a las preguntas guías, es así cómo se pretende explorar ¿Cuáles son los mecanismos que explican y mantienen la comorbilidad entre la TAS y TEP a través de la revisión de eventos significativos en su historia familiar?

## **5. PREGUNTAS GUÍAS U OBJETIVOS**

¿Cuáles son los mecanismos que explican y mantienen la comorbilidad entre la TAS y TEP a través de la revisión de eventos significativos en su historia familiar?

### **Objetivo General**

Analizar un caso clínico de trastorno de ansiedad social y estrés postraumático a través de un estudio de caso único aplicado desde la Terapia Cognitivo- Conductual que posibilite la comprensión del fenómeno y su intervención clínica.

### **Objetivos Específicos**

Explorar diferentes modelos teóricos que posibiliten la comprensión y el abordaje terapéutico de la ansiedad social y el trastorno de estrés postraumático desde el enfoque Cognitivo- Conductual.

Identificar los factores de vulnerabilidad a nivel cognitivo, emocional y conductual que permitan la comprensión de un caso clínico de trastorno de ansiedad social y trastorno de estrés postraumático.

Comprender los mecanismos que explican y mantienen la comorbilidad entre el trastorno de ansiedad social y trastorno de estrés postraumático a través de la revisión de eventos significativos en su historia familiar.

Investigar algunos protocolos y modelos de intervención que muestren ser eficaces en el abordaje de ambos trastornos en la práctica clínica.

## **6. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE**

### **Identificación**

Nombre: JBS

Edad: 19 años

Fecha de nacimiento: 01/02/2000

Sexo: femenino

Nivel de escolaridad: bachillerato

Ocupación/ profesión: estudiante en práctica

Lugar de procedencia: arjona- bolivar

Evaluated por: Romina Carolina Llinás Villamizar

### **Contacto inicial**

Paciente que ingresa al consultorio por sus propios medios, con poco contacto visual, con un estado de consciencia alerta, orientada en persona, tiempo y espacio, euproséxica, sin alteración sensorial, tiene un afecto ansioso, lábil con tendencia al llanto fácil, con idea sobrevalorada que todos los hombres que se le acercan le van hacer daño, con una introspección aceptable, con un juicio conservado y con una actitud de interés. La paciente estaba nerviosa, en ocasiones sudaba y mantiene los brazos cruzados.

### **Motivo de consulta**

“La paciente afirma que: “tengo poca seguridad personal y esto me genera dificultades en mi expresión oral en público y al entablar nuevas relaciones interpersonales”.

## **Quejas de la paciente**

Aspectos cognitivos: “se me olvidan las cosas, me da miedo exponer, me da miedo participar en clase, cuando el novio la va a abrazar le llegan a la mente las imágenes del suceso traumático, piensa que todos los hombres le van hacer lo mismo, “quiero ser más sociable”.

Aspectos Afectivos/Emocionales: “Tengo miedo a las participaciones en clase, hablar con extraños, estar sola con un hombre, recibir abrazos, exposiciones en clase, Ansiedad, Inseguridad, siente que no se puede controlar ante las situaciones que le generan malestar”.

Aspectos Conductuales/Motores: evita preguntar a los profesores o a los compañeros por miedo, evita iniciar una conversación, evita los abrazos del novio y de los amigos, cambia de dirección cuando está en la calle si ve a un hombre.

Aspectos Fisiológicos: sudoración, temblor, sensación de ahogo.

Aspectos Relacionales: se le dificulta entablar nuevas relaciones interpersonales en especial con el sexo opuesto, hablar y participar en clase.

Aspectos del Contexto: universidad

## **Identificación de problemas**

Problema No. 1: Respuestas ansiógenas

Problema No. 2: Dificultad en el desempeño social

## **Análisis descriptivo de los problemas**

### **P1: Respuestas ansiógenas**

La paciente refiere que desde 11 grado aparecen las respuestas ansiógenas, evita la participación en clase, las exposiciones y preguntar a los profesores o compañeros cuando tiene



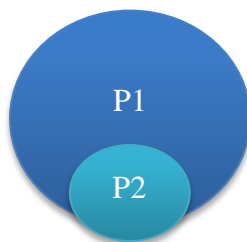
una duda acerca de un tema. Siente miedo cuando va exponer, la intensidad del miedo es de 10 / 10, la frecuencia es de 8 días, todos los días. Cuando va a participar en clase la timidez tiene una intensidad 6/ 10, la frecuencia es en el momento que va a participar en la clase, los 45 min de la clase. Comenta que no se puede controlar, empieza a temblar, se le olvida lo que va a decir. Presenta sintomatología ansiosa cuando ocurre acercamientos o demostraciones afectivas hacia el sexo opuesto, la intensidad de la ansiedad es de 7 / 10 , siente ansiedad en el momento que está cerca de un hombre.

## **P2: Problemas en el desempeño social**

La paciente refiere dificultad para permitir acercamientos o manifestaciones afectivas hacia el sexo opuesto, manifestar puntos de vista diferentes o de oposición y generar conflictos interpersonales. Ante estas situaciones, presenta cogniciones como: “cuando mi novio me va a abrazar me llegan a la mente las imágenes del suceso traumático”, “piensa que todos los hombres le van hacer lo mismo” estas cogniciones vienen con respuestas fisiológicas como temblor, sudoración y respuestas emocionales como: miedo, ansiedad e inseguridad cuando va a hablar con extraños, estar sola con un hombre, recibir abrazos.

Realiza conductas motoras como evitar los abrazos del novio y de los amigos, cambia de dirección cuando está en la calle y ve a un hombre. JB refiere que la intensidad del miedo hacia los hombres es de 7 / 10, siente miedo cuando está cerca de un hombre. El contacto con una persona desconocida le genera ansiedad, ella espera que las demás personas le hablen e inicien la conversación.

### Formulación analítica conductual: relación molar



**P1: Respuestas Ansiógenas**

**P2: Dificultad en el desempeño social**

La Relación de los problemas es de tipo anidada, la situación que origina el estrés postraumático agrava la sintomatología ansiosa principalmente al componente afectado que es el desempeño social especialmente hacia las figuras masculinas, ya que JB ya venía con niveles ansiosos desde la infancia, sentía temor y timidez..

### Análisis funcional

**P1: Respuestas ansiógenas**

*Tabla 1. Análisis Funcional*

Antecedente		Cuando va exponer en clase/ Participar
Conducta	Rta. Cognitiva	“ Mis compañeros van a pensar que no estudie y que no me prepare lo suficiente ”
	Rta. Emocional	Timidez, Miedo
	Rta. Motora	Se queda callada, no sabe que decir.

	<b>/comportamental</b>	
	<b>Rta. Fisiológica</b>	Tiembla, falta de respiración, sudar, manos frías
<b>Consecuencia</b>		<p>Evita participar o hacer preguntas al profesor acerca de un tema que no entiende.( R-) evitación, ya que se activan por ejemplo las distorsiones Cognitivas: pensamiento todo o nada: "soy incapaz", filtro mental: piensa que los compañeros no le entienden cuando está exponiendo, Pensar Mal: los compañeros la miran mal, Anticipación Negativa: la exposición va a salir mal o lo que voy a preguntar es algo " bobo o sin importancia"</p> <p>Se activan los Esquemas: Imperfección/ Vergüenza, Desconfianza/Abuso, Autoexigencia.</p>

## P2: Dificultad en el desempeño social

Tabla 2. Dificultad del desempeño social

<b>Antecedente</b>		<b>Cuando el novio o los amigos la abrazan</b>
<b>Conducta</b>	<b>Rta. Cognitiva</b>	Llegan imágenes del suceso traumático
	<b>Rta. Emocional</b>	Miedo
	<b>Rta. Motora /comportamental</b>	Evita contacto físico con ellos.
	<b>Rta. Fisiológica</b>	Sudoración, temblor en todo el cuerpo.
<b>Consecuencia</b>		Siente miedo hacia los hombres y le llega a la mente el

	<p>pensamiento de que “el hombre que la abraza le va hacer algo”, aparecen las Distorsiones Cognitivas: Pensamiento Catastrófico, Generalización: todos los hombres le van hacer lo mismo, Pensar mal: piensa que los amigos o el novio le van hacer los mismo y tiene pensamientos anticipatorios negativos.</p> <p>Aprendizaje anticipatorio (R+) para prepararse a la conducta defensiva</p> <p>Se activan los Esquemas: Vulnerabilidad al daño, Desconfianza/ Abuso, Inhibición Emocional, Autoexigencias, Imperfección/ Vergüenza.</p>
--	---

Antecedente		Cuando está sola con un hombre
Conducta	Rta. Cognitiva	“ Ese hombre me va hacer lo mismo” (me va a violar)
	Rta. Emocional	Miedo
	Rta. Motora /comportamental	baja la mirada
	Rta. Fisiológica	Sudoración, temblor en todo el cuerpo.
Consecuencia		Se cambia de la dirección donde está caminando el hombre (R-) escape. Situación aversiva me genera displacer estímulo discriminador para esquema: vulnerabilidad al daño, Inhibición Emocional, Autoexigencia, Desconfianza/ Abuso, Imperfección/

	<p>Vergüenza.</p> <p>Distorsiones Cognitivas: Generalización, Pensar mal, Maximización, Razonamiento Emocional.</p> <p>Llega a su mente imágenes del evento traumático.</p> <p>Castigo positivo</p>
--	---

Antecedente		Cuando va iniciar una conversación con alguien del sexo opuesto
Conducta	Rta. Cognitiva	“quisiera expresarme bien cuando hablo con un hombre”.
	Rta. Emocional	Timidez, Rabia
	Rta. Motora /comportamental	Se queda callada, no inicia conversación.
	Rta. Fisiológica	Temblor, sudoración.
Consecuencia		<p>No soy capaz – se reactiva creencia central de incapacidad.</p> <p>Distorsiones Cognitivas: Conclusión Precipitada: “lo que voy a decir es algo sin interés para la otra persona” , Filtro Mental: las personas se aburren cuando les hablo, Minimización: “lo que voy a decir es algo bobo y las personas se van a aburrir” .</p> <p>Se activan los Esquemas: Imperfección/ Vergüenza, Desconfianza/Abuso, Autoexigencia.</p>

## **Historia del problema**

La paciente ingresa al colegio a los 2 años de edad y presentó dificultad para adaptarse en el colegio, ya que pensaba que la madre la iba abandonar, comenta que sentía miedo, ya que pensaba que la madre la dejaría en el colegio y no iba a volver por ella y en ocasiones, la madre se demoraba en recogerla, en ese momento lloraba y le daba angustia. El padre en ese momento viajaba por el trabajo y de los 4 años a los 6 años volvió a Arjona y cuando JB se daba cuenta que era de noche y el padre no llegaba lloraba, no podía dormir hasta que el regresara, sentía temor de que el padre no volviera, surgía este pensamiento, ya que en ese época habían grupos que atracaban en las noches y también hubo un accidente de un amigo del papá y el señor falleció, JB tenía miedo a que el padre la pasara lo mismo.

A los 8 años ocurre la experiencia traumática, fue un hecho que trajo consecuencias negativas, ya que en ese año por el suceso se alejó de los compañeros (niños) en el colegio, por miedo a que le volviera a pasar lo mismo. La experiencia ocurrió 5 veces durante un año, JB iba a la casa de la tía materna hacer las tareas, ya que la tía tenía computador y cuando JB estaba sola en el cuarto de los primos, el esposo de la tía, le tapaba la cara con una sábana para que ella no hiciera nada, la obligaba a tocarlo a él, manifiesta que sentía mucho temor, ella no sabía qué hacer y tampoco sabía que estaba pasando, no se atrevía hablar. En la primera ocasión que ocurrió la situación, JB estaba en compañía de una de sus primas y las dos estaban en el cuarto, el esposo de la tía le tapó la cara a las dos pero en ese momento no ocurrió nada, ya que llegó la tía. Al rato ambas hablaron con la tía pero ella no les creyó lo que había sucedido, la tía le comentó al esposo y le dijo a JB que “estaba mal interpretando lo sucedido”, “que él la quería mucho”, “no lo hacía con malas intenciones” y a largo plazo se ha presentado la dificultad en el desempeño

social en especial con el sexo opuesto, cuando está con alguien del sexo opuesto llegan a su mente imágenes de la experiencia y como estrategia evita estas situaciones.

La situación traumática exacerbó las respuestas ansiógenas, lo cual se evidencia cuando estaba en 11 grado del colegio, en el momento que iba hacer una presentación para todo el colegio, cuando iba a empezar a hablar, los nervios empezaron a aumentar, tuvo dificultad con la respiración y temblaba. Desde ahí empezó el miedo a las participaciones en clase y a las exposiciones en clase.

A los 15 años de edad, fallece el abuelo y esto le genera tristeza porque ella era muy unida con él. El proceso de adaptación de la Universidad fue un proceso difícil, ya que no solo es la entrada a la universidad, sino alejarse de su familia y vivir en una pensión en Barranquilla. Este proceso de adaptación duró un año. A JB le ha ido bien académicamente pero como se ha mencionado anteriormente presenta dificultad en las exposiciones ya que siente que se le olvida toda la información, siente mucha ansiedad y evita las participaciones en clase por miedo a que se den cuenta de los síntomas como por ejemplo temblor, dificultad en la respiración, sudoración. Los problemas actuales son las respuestas ansiógenas frente a sus evaluaciones y en el desempeño social.

Los problemas aparecen desde la infancia, ya que la paciente mostraba sintomatología ansiosa desde niña y se exacerbo con la situación traumática y a partir de este suceso se agrava la ansiedad principalmente en el componente afectado que es el desempeño social especialmente hacia las figuras masculinas. A los 17 años de edad fue operada de apendicitis y la paciente

estaba angustiada, ya que la acompañó a la clínica una amiga y JB quería que la madre estuviera con ella, antes de que la operaran la madre llegó y JB ya se sentía mucho mejor porque estaba en compañía de la mamá, también a los 17 años, la familia materna se enteró de la experiencia que tuvo la paciente y ahí la familia se distanció.

### **Historia personal**

JB nace por medio de un embarazo no planeado, pero después la familia estaba muy emocionada a la espera de ella. El parto estuvo sin contratiempo y tuvo un buen proceso de crecimiento. JB desde muy pequeña ha tenido un apego con la madre, cuando se separaba de la madre le daba miedo que la abandonara, que la madre no volviera o que la dejara sola.

Desde muy pequeña ha tenido miedo a ser extrovertida y esto la familia se lo criticaba, ya que la etiquetaban como la tímida de la familia. La paciente se considera actualmente tímida, dependiente de la madre y sobreprotegida.

Antecedentes médicos: a los 17 años fue operada de apendicitis.

### **Historia familiar**

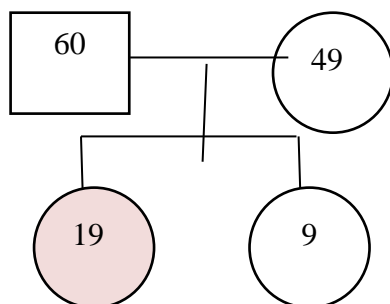
JB tiene una buena relación con sus padres y hermana menor. Vinculo ansioso con la madre durante la infancia. Actualmente la familia está conformada por padre, madre y hermana. Los padres son estrictos, poco permisivos y limitantes en la relación de la paciente con los hombres.



El padre es mecánico y conductor y la madre es modista y chef. El padre viajaba constantemente y JB le daba miedo que le sucediera algo, ya que llegaba a altas horas de la noche y viajaba en carro entonces JB se preocupaba, ella no dormía hasta que el llegara y se imaginaba que algo malo le iba a suceder.

JB tiene una buena relación con su hermana menor, la protege, ella tiene un comportamiento opuesto al de JB, es extrovertida y siempre tiene algo que decir.

### Genograma



### Historia académica

Durante la época escolar JB, se destacó por ser una alumna estrella, el día de la graduación del colegio recibió reconocimientos por su excelente rendimiento académico. A los 16 años de edad comenzó la universidad. Actualmente, se encuentra estudiando en séptimo semestre de la carrera ingeniería civil, ha sido tutora académica, también fue auxiliar de niños durante el período de vacaciones y hace parte de un grupo en su universidad que se llama team vive.

### Historia socio afectiva

JB ha tenido tres relaciones sentimentales, actualmente mantiene una nueva relación, donde siente que hay confianza y ambos se complementan. Comenta que de las relaciones que ha tenido, ha aprendido. JB es de pocas amistades, sin embargo, las pocas amistades que tiene las valora y siente que han sido muy importantes para ella. Con respecto al estilo de comunicación, no le gustan los problemas, ni generar conflictos y le cuesta dar su punto de vista ante las situaciones que se presenten.

### Proceso de evaluación clínica

*Tabla 3. Proceso de evaluación clínica*

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	ANALISIS CUALITATIVOS	ANALISIS CUANTITATIVOS
<b>BAI</b> <b>(Beck Anxiety Inventory)</b>	<p>En el inventario de ansiedad de Beck la paciente obtuvo el siguiente resultado:</p> <p><b>Ansiedad Moderada</b></p> <p><b>Ansiedad muy baja</b> Temblor en las piernas, dificultades para respirar, nervios, sudor e incapacidad para relajarse.</p> <p><b>Ansiedad muy baja</b> Poco: Nervios Bastante: Sensación de calor</p>	<p><b>Ansiedad Moderada: 32</b> puntos</p> <p><b>Ansiedad muy Baja: 10</b> puntos</p> <p><b>Ansiedad Muy Baja: 3</b> puntos</p>
<b>S.A.D.</b>	No se siente relajada en situaciones	12

<p><b>(Social Avoidance and Distress Scale )</b></p>	<p>sociales.</p> <p>Trata de evitar las situaciones que la obligan a ser muy sociable.</p> <p>No es fácil relajarse cuando esta con extraños.</p> <p>Generalmente no encuentra calma y confort en las reuniones sociales.</p> <p>Trata de evitar conversar con personas que no conozca bien.</p> <p>Suele estar nerviosa con personas desconocidas.</p> <p>Se siente incómoda en un grupo de personas que no conoce.</p> <p>No suele estar relajada cuando conoce a alguien.</p> <p>Prefiere estar en lugares donde hay poca gente.</p> <p>No sabe que decir cuando está en un grupo de personas.</p> <p>Piensa en excusas a fin de evitar compromisos sociales.</p> <p>No se relaja cuando esta con otras personas.</p>	
<p><b>SADS</b> <b>(Escala de evitación y malestar social)</b></p>	<p>Marca como Verdadero a la mayoría de los items de la escala de evitación y malestar sociales.</p> <p>Ha disminuido la evitación y malestar social.</p>	<p><b>1 Aplicación:</b> 17 puntos</p> <p><b>2da Aplicación:</b> 5 puntos</p>

	La paciente puntúa F a la situación de normalmente estoy relajada cuando estoy con alguien por primera vez	<b>3ra Aplicación:</b> 1 punto
<b>ASI</b>	<p>Ligera: pánico, palpitaciones y frecuencia urinaria.</p> <p>Moderada: humor ansioso, temor, desmayos, disnea y sudoración.</p> <p>Fuerte: temblor.</p> <p>La sintomatología ansiosa ha pasado de ser moderada y fuerte a sintomatología ansiosa ligera.</p> <p>Se presenta una sintomatología ligera: temblor, palpitaciones y dificultad para respirar.</p>	<p><b>1 aplicación:</b> 36 puntos</p> <p><b>2da Aplicación:</b> 28 puntos</p> <p><b>3ra Aplicación:</b> 6 puntos</p>
<b>Cuestionario IDARE</b>	<p>La ansiedad estado esta alta debido a que la sintomatología ansiógena se presenta por un suceso desencadenante.</p> <p>La ansiedad Estado ha disminuido pero la ansiedad rasgo ha aumentado 9 puntos.</p>	<p><b>1 Aplicación:</b> Ansiedad Estado: 65 puntos (<b>Alta</b>) Ansiedad Rasgo: 35 puntos (<b>Media</b>)</p> <p><b>2da Aplicación:</b> Ansiedad Estado: 45 puntos (<b>Media</b>) Ansiedad Rasgo: 28</p>

	<p>Tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo han disminuido y actualmente ambas tienen una puntuación baja</p>	<p>puntos <b>(Baja )</b></p> <p><b>3ra Aplicación:</b> Ansiedad Estado: 10 puntos <b>(Baja)</b> Ansiedad Rasgo: 26 puntos <b>(Baja)</b></p>
<p><b>Escala Heteroaplicada para la evaluación de la Ansiedad de Hamilton</b></p>	<p>Ansiedad psíquica: humor ansioso, tensión, miedos y conducta en el transcurso del test.</p> <p>Ansiedad Somática: síntomas respiratorios, gastrointestinales y síntomas del sistema nervioso autónomo.</p> <p>En la segunda aplicación la sintomatología ansiosa ha disminuido.</p> <p>La paciente puntúa con una intensidad ligera los síntomas respiratorios. No hay ansiedad.</p>	<p><b>1 Aplicación:</b> 21 puntos <b>Ansiedad Mayor</b></p> <p><b>2da Aplicación:</b> 11 puntos <b>Ansiedad Menor</b></p> <p><b>3ra Aplicación:</b> 1 punto <b>No Ansiedad</b></p>

<p><b>Cuestionario de Esquemas de Young-YSQL 2</b></p>	<p>Esquemas que se activan en las situaciones de estrés.</p>	<p><b>1ra Aplicación:</b> <b>(Alto)</b></p> <p>Abandono- 27 puntos Desconfianza/ Abuso- 14 puntos Vulnerabilidad al daño- 11 puntos Auto sacrificio- 16 puntos Inhibición Emocional- 12 puntos Perfeccionismo- 15 puntos Auto exigencia- 9 puntos</p> <p><b>2da Aplicación:</b> <b>(Bajo)</b></p> <p>Abandono- 10 puntos Desconfianza/ Abuso- 10 puntos Vulnerabilidad al Daño- 6 puntos Auto sacrificio- 7 puntos Inhibición Emocional- 5 puntos Perfeccionismo- 5 puntos Auto Exigencia- 5 puntos</p>
<p><b>Cuestionario de Auto esquemas (CIE)</b></p>	<p>Los auto esquemas como el autoconcepto, la autoimagen y la autoestima se encuentran en la media,</p>	<p>Autoconcepto- 76 puntos Auto imagen- 43 puntos Autoestima- 76 puntos</p>

<b>Escala de Impacto del Evento</b>	<p>es decir tiene una buena percepción acerca de si misma.</p> <p>Ninguna dificultad presentada durante los últimos 7 días, con respecto a la situación traumática especifica vivida por la paciente.</p>	<p>0 puntos</p> <p>No hay dificultad relacionada con la situación traumática.</p>
-------------------------------------	---	---

### Conceptualización diagnóstica

#### DSM- 5

Historia personal (antecedentes) de abuso Sexual Infantil V15.41 (Z62.810)

Eje I: Trastorno de Estrés Postraumático 309.81 (F43.10)

Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social) 300.23 (F40.10)

Eje II: Características de Trastorno de Personalidad Evitativa

## Factores de desarrollo

Tabla 4. Factores de desarrollo

<b>P1:</b>	<b>FACTORES DE</b>	<b>FACTORES</b>	<b>FACTORES</b>	<b>FACTORES DE</b>
<b>Respuestas</b>	<b>PREDISPOSICIÓN</b>	<b>ADQUISITIVOS</b>	<b>DESENCADENANTES</b>	<b>MANTENIMIENTO</b>
<b>Ansiosas</b>	<p><b>PSICOLÓGICO:</b></p> <p>-Esquemas: abandono, desconfianza/abuso, Vulnerabilidad al daño, inhibición emocional, perfeccionismo y autoexigencias.</p> <p>-Critica de la familia: la etiquetan como tímida a la paciente</p> <p>-Relación de la experiencia</p>	<p>-Aprendizaje cognitivo, ya que la familia la etiqueto desde la infancia como tímida.</p>	<p><b>DISTAL:</b></p> <p>Exposición Traumática (Abuso Sexual Infantil)</p> <p>-Exposición en 11 grado frente a todos los estudiantes del colegio</p> <p><b>PROXIMAL:</b></p> <p>Exposiciones, participaciones en clases y hacer preguntas a</p>	<p>Conductas de evitación con respecto a las participaciones y exposicion en clase. (R-)</p>



	<p>Traumática con las respuestas ansiogenas de tipo social (Walter &amp; Stein, 2001; Kessler et al,1997;Stemberger et al; 1995)</p> <p>-Temperamento Inhibido según Dunn &amp; Kendrick (1982)</p>		<p>profesores frente a una duda (universidad)</p>	
--	---	--	---	--

<p><b>P2:</b></p> <p><b>Dificultad en el</b></p> <p><b>Desempeño social</b></p>	<p><b>PSICOLÓGICO:</b></p> <p>-Vínculo afectivo sobreprotector.</p> <p>-Teoria de apego de Bowly de tipo ansioso y ambivalente (1979)</p> <p>-Experiencia Traumática que sucedió a las 8 años de edad.</p> <p><b>FAMILIAR:</b></p> <p>Sobreprotección de la madre hacia JB.</p>	<p>- Teoría Bifactorial de Mowrer (1960):</p> <p>Condicionamiento Clásico: experiencia en abuso sexual (EI)genera una respuesta en JB de miedo o ansiedad a los hombres (RI) y se vuelve un (EC) cuando se responde a un estimulo que se asocia al trauma con miedo o ansiedad (RC).</p> <p>Condicionamiento Operante: reforzamiento negativo-conducta de evitación hacia los hombres, participaciones o exposiciones en clase.</p>	<p><b>DISTAL:</b></p> <p>Situación Traumática (Abuso Sexual Infantil) -</p> <p>Se aleja de los compañeros al pasar la experiencia del abuso sexual.</p> <p><b>PROXIMAL:</b></p> <p>Dificultad en iniciar conversacion con alguien del sexo opuesto.</p>	<p>Conductas de evitación hacia los hombres</p> <p>R-</p>
---	---	---	---	---

## Conceptualización cognitiva

### Esquema Nuclear

**Creencias Centrales DESAMPARO:** Soy Débil, Soy Vulnerable, Soy Incapaz. **INCAPACIDAD DE SER AMADO:** No soy querible, Van a rechazar, Me quedará sola (Beck, 1995) .

Esquema de Abandono, Desconfianza/Abuso, Vulnerabilidad al Daño, Autosacrificio, Inhibición Emocional, Perfeccionismo y autoexigencia (Young, 1990; 1999).



Reglas:	Actitudes:	Suposiciones:
-Debo iniciar o mantener una conversación con total naturalidad.	- soy incapaz de mantener una conversación.	- Si estoy hablando con alguien entonces la persona va a pensar mal de lo que estoy diciendo.
-Debo expresar mis sentimientos a quienes lo merecen.	- es terrible que alguien un hombre se me acerque.	- si alguien me abraza entonces me llegan unas imágenes a la mente.

### Estrategias (s) Compensatorias (s)

**Evitación/ escape:** evita participar y preguntar en clases  
Conductas evitativas hacia los hombres

**Sobrecompensación:** con su ex novio trataba complacerlo con el fin de que no se alejara de ella

**Mantenimiento:** Estilo de comunicación pasivo, conductas de sumisión, baja de autorrefuerzos.

**Situación 1**

**Cuando va iniciar  
una conversación con**

**Situación 2**

**Cuando está sola con  
un hombre**

**Situación 3**

**Cuando voy a exponer o  
Participar en clase**

**Pensamiento Automático**

“ quisiera expresarme bien  
cuando hablo con un hombre”

**Pensamiento Automático**

“ Ese hombre me va hacer lo  
mismo” (me van a violar)

**Pensamiento automático**

“ Mis compañeros van a pensar  
que no estudie y que no me  
prepare lo suficiente ”

**Significado del P.A.**

Soy Incapaz

**Significado del P.A.**

Vulnerabilidad

**Significado del P.A**

Desamparo

**Emoción**

Timidez, Rabia

**Emoción**

Miedo

**Emoción**

Ansiedad, miedo

**Comportamiento**

“No se que hacer, ni  
que decir”

**Comportamiento**

Baja la mirada

**Comportamiento**

Se queda callada

## Objetivos terapéuticos

1. Disminuir respuestas ansiógenas frente a sus evaluaciones e interacción interpersonal.
2. Mejorar el desempeño social tanto en la interacción como en la comunicación.
3. Identificar y modificar los esquemas asociadas a la situación traumática.

## Diseño de intervención

Objetivo Terapéutico	Objetivos específicos	Técnicas /estrategias	Sesiones Numero	Indicadores clínicos
Identificar y modificar los esquemas asociados a la situación traumática	Brindar al paciente información acerca del trastorno de estrés postraumático	Psicoeducación acerca del TEPT Registro	1	Paciente identifique la sintomatológica que le genera malestar a partir de la psicoeducación del TEPT
	Abordar el TEPT desde el Modelo Cognitivo-Conductual			
	Disminuir niveles de ansiedad y activación ante los estímulos y recuerdos del evento.	Entrenamiento en relajación abdominal		Reconocer las emociones que experimenta al momento de recordar la situación traumática.
	Regular emocionalmente a la paciente.	Técnica Narrativa de la situación Traumática	2, 3, 4	Control de las reacciones fisiológicas
	Lograr que la paciente respire adecuadamente y disminuir niveles de estrés			
	Controlar el manejo			

	<p>síntomas intrusivos y de re experimentación</p> <p>Identificar y modificar pensamientos irracionales o inadecuados, esquemas: desconfianza/abuso, Vulnerabilidad al Daño, Autosacrificio, Inhibición emocional</p> <p>Revivir y procesar Emocionalmente el Trauma</p> <p>Entrenar exposición prolongada</p> <p>Entrenar en el manejo de la culpa</p> <p>Aceptar el trauma y establecer metas</p>	<p>Entrenamiento en manejo de síntomas intrusivos</p> <p>debate socrático, Reestructuración cognitiva, Bibliografía: Reinventa tu vida, Búsqueda de evidencias.</p> <p>Romper asociaciones entre el recuerdo traumático, emociones asociadas al TEPT Jerarquizar situaciones de menos a más que producen malestar</p> <p>Exposición imaginaria y en vivo Escala subjetiva de 0 a 100</p> <p>Técnica de la torta de la responsabilidad. Identificar los porcentajes de la</p>	<p>5,6,7</p> <p>8,9,10</p> <p>11,12,</p>	<p>Control de los procesos internos que siente el paciente</p> <p>Nivel de credibilidad 80%/ 100 disminuir a 40 %</p> <p>Exponer al paciente al evento traumático y procesamiento emocional</p> <p>Paciente observe el proceso del trauma, los niveles de ansiedad y otras emociones disminuyen gradualmente</p> <p>Disminuir niveles de</p>
--	---	--	--	--

		responsabilidad (personal)  Debatir creencias acerca de la responsabilidad	13,14,15  16,17	responsabilidad de la paciente sobre los hechos. Permanecer abiertos emocionalmente y tener experiencias internas sin emitir respuestas de evitación
<b>2. Mejorar el desempeño social tanto en la interacción como en la comunicación</b>	<p>Debatir PA: “ cuando el novio la va abrazar le llegue a la mente las imágenes del suceso traumático” creencias de soy incapaz</p> <p>Manejo y expresión de sus emociones, comunicación asertiva y fortalecimiento de vínculos afectivos, trabajar en los autoesquemas, autoconcepto y autoestima</p> <p>Mostrar al pte como responder ante las situaciones de manera asertiva</p> <p>Mostrar los tipos de relaciones interpersonales que existen y como hacer para que sean efectivas y satisfactorias</p>	<p>Reestructuración Cognitiva</p> <p>Debate socrático. Parada de pensamiento .</p> <p>Psico educación estilos de comunicación</p> <p>Biblioterapia: Cuando digo no, me siento culpable.</p> <p>Técnica de modelado Rol play</p> <p>Técnica de modelado Rol play Ensayo real en la sesión</p> <p>Psicoeducación acerca de las</p>	<p>18,19</p> <p>20,21</p> <p>22, 23</p> <p>24,25</p>	<p>Disminuir creencias 80% /100 a 40%</p> <p>Lograr que la pte pase de un estilo de comunicación sumiso a asertivo</p> <p>Poner en practica la asertividad en las diferentes situaciones sociales.</p> <p>Lograr que la pte tenga un buen desempeño cuando interactua con personas en especial con las del sexo opuesto.</p>

		relaciones interpersonales y de los tipos de relaciones que existen. Video acerca de relaciones efectivas y satisfactorias. Role play acerca de la interacción interpersonal.		
<b>3. Mejorar respuestas ansiosas</b>	Psicoeducar a la paciente acerca del trastorno de ansiedad social relacionado con el modelo cognitivo conductual	Psicoeducación a la paciente acerca del trastorno de ansiedad social	26,27	Paciente aprenda sobre el trastorno e identifique los síntomas una vez que se le presente
	Debatir PA: que aparecen en situaciones como exposiciones o participación en clase Decrementar creencias relacionadas con el no soy capaz	Registro de pensamientos Reestructuración cognitiva: cuestionamiento socrático Parada de pensamiento	28,29	Disminuir creencia a 40 %
	Identificar situaciones sociales que le generan ansiedad y entrenar en técnicas de afrontamiento ante estas situaciones temidas	Registro de pensamiento emoción y conducta Libro: como controlar la ansiedad antes de que la controle a usted Exposición en vivo Mindfulness	30,31,32	Identificar las situaciones que generan malestar
	Debatir PA y Creencias, Disminuir relacionados a las situaciones sociales, a	Debate socrático, Reestructuración	33,34,35,36	Nivel de credibilidad de un 80%- 100 a 30%
<b>4. Prevención de Recaídas</b>				



	<p>la generalización de que todos los hombres le van hacer lo mismo, imágenes del momento traumático, pensamientos acerca exposición y participación en clase.</p> <p>Manejo y expresión de las emociones (Rabia, Ansiedad, Miedo), Comunicación Asertiva e Interacción Social</p> <p>Manejo del estrés ante situaciones que le generan malestar</p>	<p>Cognitiva, Búsqueda de Evidencias Exposiciones imaginarias</p> <p>Habilidades Sociales, Entrenamiento en asertividad, Role playing</p> <p>Pensamientos alternativos, Role Playing, Respiración Relajación, Mindfulness</p>		<p>Disminuir conductas de sumisión Incrementar estilo de comunión asertiva</p> <p>disminuir síntomas fisiológicos disminuir sintomatología ansiosa</p>
--	--	---	--	--

## **7. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS SESIONES**

A continuación, se retomarán unos apartados de sesiones del proceso terapéutico que están relacionados conforme a los objetivos planteados del estudio de caso único. En este orden de ideas, se eligieron sesiones que están dirigidas a los objetivos del estudio de caso único, y no al orden de las sesiones del proceso terapéutico.

### **Sesión 1 y 2**

Objetivos de la sesión: Brindar educación e información a la paciente acerca del trastorno de estrés postraumático y ansiedad social por medio de la psicoeducación.

Descripción de la sesión: En esta primera sesión de psicoeducación, se ilustró por medio de diapositivas los criterios diagnósticos de los trastornos a partir del DSM 5, para ello, previamente se realizaron preguntas exploratorias respecto al conocimiento previo que la paciente podría tener de los diagnósticos, como la paciente no tenía conocimiento claro de éstos, se realizó la presentación, en la que posteriormente, se realizaron preguntas en las que la paciente debía identificar qué síntomas de los diagnósticos presentaba. La paciente logró identificar los síntomas, y se le retomó lo que ella había identificado en el registro de pensamientos, emoción y conducta. La paciente mostró interés y motivación de entender su problema y deseos de cómo manejarlo y la paciente identifica que lo que llamaba timidez era más bien miedo y había creído erróneamente por mucho tiempo que quedarse callada era lo mejor por miedo a que la juzgaran por la situación del abuso por parte del padrino cuando JB tenía 8 años. En esta sesión también se tuvo en cuenta los hechos significativos que ocurrieron en la infancia y como consecuencia pasaron a ser factores de desarrollo para los trastornos de estrés postraumático y ansiedad social.

Las situaciones que se identificaron son la manifestación de la sintomatología ansiosa desde la infancia, como por ejemplo cuando asistía al colegio y ella lloraba cuando la madre se iba por temor a que la abandonara, situación cuando el padre viajaba y JB pensaba que le iba a pasar algo, luego pasó el evento de abuso que esta situación exacerbo, es decir, incremento esa sintomatología ansiosa y se especificó en el área social y por eso se desarrolla la ansiedad social. Todos estos factores de desarrollo que se acaban de mencionar, explican el desarrollo de ambos diagnósticos. También se resalta como situación significativa la sobreprotección de la madre, ya que también hace parte de un factor predisponente para el diagnóstico en específico de la Ansiedad Social.

### **Sesión 3**

Objetivo de la sesión: Brindar a la paciente su espacio de expresar su situación de abuso mediante la narrativa e imagería .

Descripción de la sesión: En esta sesión la paciente decide relatar la situación traumática, que vivió a los 8 años de edad, por medio de la técnica de la narrativa, la paciente narra cada uno de los acontecimientos que sucedieron en ese momento y también se emplea la técnica de la imagería, la cual le facilita relatar algunos detalles, se confirma la hipótesis que el suceso del abuso es un factor que fue incrementando esa sintomatología ansiosa y a partir de ahí surge la ansiedad social.

TERAPEUTA: JB, me habías comentado en sesión una situación que para ti fue muy significativa cuando eras niña, este es tu espacio, que bueno que das ese paso para comentarlo. ¿ Podrías decirme qué sucedió?

PACIENTE: ....“ Si Dra., gracias. “Eso pasó cuando tenía 8 años, me cambió todo porque en ese año me alejé de los niños del colegio, por miedo a que me volviera a pasar lo mismo, recuerdo que desde ahí yo empecé a relacionarme poco con los hombre por miedo....yo iba a la casa de mi tía materna a hacer tareas, porque ella tenía computador y un día yo estaba sola en el cuarto de mis primos , el esposo de mi tía entró y me tapó la cara con una sábana para que yo no hiciera nada, me obligaba a tocarlo, sentía mucho temor, yo no sabía qué hacer y tampoco sabía qué estaba pasando, no me atrevía hablar. En la primera ocasión que ocurrió la situación, yo estaba en compañía de una de mis primas y las dos estábamos en el cuarto, el esposo de mi tía nos tapó la cara a las dos, pero en ese momento no ocurrió nada, ya que llegó mi tía. Al rato ambas hablamos con mi tía pero ella no nos creyó lo que había sucedido, mi tía le comentó al esposo y él me dijo que “estaba mal interpretando lo sucedido” , “ que él me quería mucho”, “ no lo hacía con malas intenciones” , luego en la siguiente ocasión si pasó lo que conté al principio. ..y yo veo que cuando estoy con hombres, con personas del sexo opuesto, vienen a mi mente los recuerdos de eso que pasó.

TERAPEUTA: Veo que esta situación ha sido muy dolorosa, y percibo como te afecta, JB, crees que en esos momentos a tus 8 años, uno entendería que pasaba?

PACIENTE: ...me sentía confundida en ese momento...

TERAPEUTA: claro, apenas uno se queda paralizado por el miedo que dices que sentías, y claro, por instinto de sobrevivencia, has visto como un animal trata de no moverse o se camufla

para que el depredador no venga?, eso fue lo que pudiste hacer en ese momento. En medio de lo que comentas, mira que buscaste a tu tía, pudiste también decírselo a tus papás?

PACIENTE: “ Si, a mis 17 años, porque si le contaba a mi papá pensaba que podía matar al esposo de mi tía, preferí contarle a mi madre y cuando ocurrió ésto, ella empezó a llorar y enseguida le reclamó a mi tía que porque no me había creído”.

TERAPEUTA: ¿Cómo te sentiste en ese momento donde tu mamá decide enfrentar a tu tía?

PACIENTE: “ Reviví el momento, Cuando pasó la situación con el esposo de mi tía sentía mucho asco, ya que el pasaba su mano sobre mí, también sentía mucha rabia y rencor porque mi tía no me creyó lo que pasó y aparte que el esposo de mi tía es mi padrino, entonces eso me da mucha más rabia . Por otro lado, me dolió el distanciamiento de mi familia, ya que era muy unida ”.

TERAPEUTA: No es para menos sentir todo junto, no te creyeron, te dabas cuenta que la familia se dividía y por lo que has comentado tu familia era unida, y a nadie le gustaría que la familia se distancie.

PACIENTE: “ Si, exactamente ”

TERAPEUTA: Hay pensamientos que expresaste que tienen contenido catastrófico, si llegabas a decir lo sucedido, de hecho tú has dicho que pensabas que “mejor era no decir nada porque me sentiría mal”, cómo te sientes ahora que lograste hablar con más detalles?

PACIENTE: Me siento más liberada porque es primera vez que hablo profundamente de este tema”

TERAPEUTA: Que bueno, que has tenido confianza en decir lo que te pasó, en esta situación significativa, un abuso es un accidente, nadie busca que le abusen, y estas situaciones complejas son importante trabajarlas para que la persona tenga un mejor proceso emocional .Noto que hay aspectos que se deben seguir abordando en las sesiones porque me gustaría conocer más afondo sobre tus pensamientos, sentimientos y a partir de ello tus conductas. Me gustaría dejar como tarea para la próxima sesión un escrito en donde manifiestes tus pensamientos y emociones relacionados al evento traumático. ¿ Estás de acuerdo con esta actividad ?

PACIENTE: “ Si, dra. ”

#### **Sesión 4-5**

Objetivo de la sesión: Se continúa con la sesión anterior. Identificar las cogniciones, esquemas, creencias centrales y creencias intermedias asociados al TAS y el TEPT.

TERAPEUTA: Me alegra verte en esta nueva sesión, me gustaría que me contaras cómo te fue con la tarea para iniciar la sesión.

PACIENTE: “ Los pensamientos y emociones que tengo más frecuentemente son los relacionados al evento y cuando interactúo con un hombre, pienso que todos los hombres son iguales y todos me van hacer lo mismo, estos pensamientos aparecen cuando veo a un hombre en la calle y por eso siento miedo, ansiedad, rabia cuando veo a un hombre porque llegan a mi mente las imágenes del esposo de mi tía tocándome. A parte siento asco porque esta situación me pasó con el esposo de mi tía, no siento asco conmigo sino con el.”

TERAPEUTA: Fíjate que dices “todos los hombres son iguales”, eso se llama sobregeneralización, ¿ son todos los hombres iguales ?

PACIENTE: uhm.. no, mi papá no lo haría y tampoco otro familiar cercano hombre, por ejemplo mis primos.

TERAPEUTA: De acuerdo, hay hombres importantes para ti que has visto que no te han hecho daño. Sigamos revisando tu tarea, que bueno que cumpliste con el objetivo de la tarea entonces teniendo en cuenta las emociones que mencionas en el escrito, me gustaría que puntuaras las emociones/ sentimientos tales como el miedo, ansiedad, rabia y asco del 0 al 10, siendo 0 la puntuación mínima y 10 la puntuación máxima. A medida que expreses y abordemos esta problemática, tus emociones y formas de pensar veras que van cambiando, mira que dice que hay hombres que no te harían lo mismo.

PACIENTE: “ Con respecto al miedo lo puntuo 10/10, la ansiedad 8/10, la rabia 8/10 y el asco 7/10.”

TERAPEUTA: “ En relación a lo que me mencionaste de las emociones. Me gustaría saber que esquemas identificaste pero primero haré introducción relacionado al tema de los esquemas para que luego identifiques que esquemas se activan en situaciones estresantes.”

Siguiendo con el objetivo de la sesión anterior, en esta parte de la sesión vamos a identificar tus esquemas, creencia intermedias, reglas suposiciones, y te voy a explicar en qué consisten.

Los esquemas son como estructuras o formas que nuestra mente selecciona interpretaciones de las situaciones significativas que se han vivido en la infancia. Los esquemas se van instaurando en la infancia por situaciones o experiencias que vivimos en esa etapa y es importante el significado que le diste a los hechos, ya que a partir de ahí surgen los esquemas, en la manera como interpretaste la situación y se van creando esos pensamientos y en la edad adulta cuando estas experimentado una situación similar o que te recuerde un hecho, situaciones estresantes, se van activar esos esquemas; también se forma porque se recibe poco de lo bueno, mucho de lo malo en cuanto a las necesidades que uno tiene de niño y también por el temperamento que tenemos, todo eso forma los esquemas. Los esquemas son: el de abandono, deprivación emocional, desconfianza/abuso, vulnerabilidad al daño, entrapamiento, auto sacrificio, inhibición emocional, perfeccionismo, auto exigencias, derecho/ grandiosidad e insuficiente autocontrol. De acuerdo a la explicación de los esquemas, a continuación, vamos a identificarlos con respecto a los hechos que viviste en la infancia y en la manera en como lo interpretaste. Se trabaja con los esquemas a partir de la psicoeducación y con la prueba que se le aplicó: Cuestionario de Esquemas de Young.



PACIENTE: “De acuerdo a lo que usted me explica, yo interpreté la situación del colegio como de abandono, yo pensaba que en el momento que mi mamá se iba, me iba a dejar y no iba a volver por mí. La de vulnerabilidad al daño cuando ocurrió la experiencia con el esposo de mi tía, a partir de ahí todo cambio para mí y cuando estaba pequeña pensaba es que podía pasarle algo a mi papá, cuando se iba de viaje . También el de Desconfianza/ Abuso igual por la situación con el esposo de mi tía, a partir de ahí yo le tenía miedo a los hombres y que me iba a volver a pasar lo mismo, me generaba mucho miedo y ansiedad pensar en que me iba a volver a pasar lo mismo . El auto sacrificio lo identifico como le doy lo mejor de mí a mi novio o a mis amigas, no importa si estoy ocupada y con respecto al de inhibición emocional es difícil para mí expresar mis sentimientos por ejemplo a mi novio o mis amigos, así sea que sean amigos cercanos no sé cómo expresarles mis sentimientos”.

TERAPEUTA: Te felicito, haz logrado identificar tus esquemas muy bien. Quiero comentarte que las situaciones que identificaste están relacionadas a los esquemas y estos esquemas que identificaste se activan cuando estas en una situación de estrés.

Ahora bien, siguiendo con los aspectos cognitivos las creencias centrales, son pensamientos que se atribuyen a la manera como te percibes a ti misma. Se clasifican de la siguiente manera: Creencias centrales de Desamparo y la de Incapacidad de ser Amado. ¿ Podrías decirme con que creencias te identificas?

PACIENTE: “yo me identifico como: soy débil, soy vulnerable, soy incapaz, no soy querible, me van a rechazar y me quedare sola”.

TERAPEUTA: Noto que has identificado bien las creencias. Me puedes dar un ejemplo de cada una de las creencias identificadas.

PACIENTE: “ Si, por ejemplo, pienso que soy débil porque no puedo enfrentar las situaciones de buena manera a nivel social. Con respecto a soy vulnerable, pienso que estoy expuesta y nadie me va ayudar si me vuelve a pasar lo mismo o cuando estoy sola en la calle y hay hombres. No soy querible, pienso que no habra un hombre que me quiera. Pienso que me van a rechazar, que no habra alguien que me ayuda y pienso que me quedaré sola porque no confío en nadie. ”

TERAPEUTA: ok, realmente con la identificación de las situaciones relacionas a las creencias. Quiero lograr que las tengas lo suficientemente claras. Es importante que dentro de la terapia, el paciente se conozca mas a fondo y eso te va a causar un cambio en tu manera de percibirte a ti misma, al mundo y a los demás que te rodean.

PACIENTE: “ Pienso que algunas de mis creencias no son tan reales como yo antes lo creía y esto me generaba en cierto modo malestar.”

TERAPEUTA: ¿ Crees haber logrado identificar las creencias centrales ?

PACIENTE: “ Sí ”

TERAPEUTA: Ahora trabajaremos con otro apartado de las cogniciones. Las reglas se dividen en tres aspectos los deberías, las actitudes y las suposiciones. Me gustaría que me dieras ejemplos de estos tres aspectos.

PACIENTE: “Las reglas yo identifico debo iniciar o mantener una conversación con total naturalidad y debo expresar mis sentimientos a quienes lo merecen. En las actitudes soy incapaz de mantener una conversación y es terrible que un hombre se me acerque y las suposiciones si estoy hablando con alguien entonces la persona va a pensar mal de lo que estoy diciendo y si alguien me abraza entonces llegan las imágenes del esposo de mi tía a mi mente”.

TERAPEUTA: De acuerdo a la conceptualización que hemos trabajado, pienso que has hecho una buena identificación, por lo tanto creo pertinente trabajar en otra sesión en debilitar pensamientos y creencias identificadas que te ayudaran a tener una visión más positiva de ti misma, del mundo y de los demás, así como ayudarte a que tu malestar disminuya.

## **Sesión 6**

Objetivos de la sesión: Explicar los factores de mantenimiento teniendo en cuenta la comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático y la ansiedad social.

Descripción de la sesión: Se la explica a la paciente como la respuesta que estaba teniendo ante la situación que le genera malestar, influye como un factor de mantenimiento, es decir, permite que se conserve la conducta, pensamiento (esquemas, cogniciones) y/o emoción.

TERAPEUTA: JB te explicare el proceso por el cual sigues manteniendo el malestar. Los factores de mantenimiento refuerzan la conducta problema, es decir permite que se conserve la conducta y el malestar relacionado a la sintomatología del Estrés Postraumático y la Ansiedad Social incremente. Los factores de mantenimiento son pensamientos, emociones, imágenes, conductas, eventos externos, por ejemplo conductas de evitación y/o de escape, que hacen que por el momento puedan hacer que disminuya la ansiedad pero nuevamente aparece porque no la quita. ¿Ha quedado claro lo que te he explicado?

PACIENTE: “Sí, dra., lo que usted me quiere decir es que si yo evito las situaciones entonces eso no me ayuda porque igual el malestar sigue. Igual cuando se repite la situación siempre hago lo mismo y el malestar no se va, sigue ahí e incrementa”.

TERAPEUTA: Veo que lo has entendido... por ejemplo hablemos de una situación relacionada para ambos diagnósticos de Estrés Postraumático y Ansiedad Social. Cuando vas caminando sola en la calle y ves a un hombre. ¿Qué piensas y sientes en ese momento que quieres evitar tener contacto con ese hombre?

PACIENTE: “Lo primero que pasa por mi mente es ese hombre me va hacer lo mismo (me va a violar) también empiezo a sudar y a sentir un temblor en todo el cuerpo y enseguida cambio de dirección”.

TERAPEUTA: Entiendo. Teniendo en cuenta lo que mencionas ese pensamiento que llega a tu mente son flashback de la situación del abuso sexual como ya te había explicado en sesiones anteriores y existe la dificultad en la interacción con el sexo opuesto por esas imágenes que llegan a tu mente y por la presencia de la sintomatología ansiosa. La conducta que realizas es de escape, ya que esta la presencia de un estímulo aversivo que lo asocia con la situación que viviste del abuso sexual en la infancia. Te explico tanto la conducta de evitación como de escape son reforzadores negativos, porque disminuye tu malestar, lo que va hacer es que vuelvas y evitas o escapes como una forma tuya de afrontar el malestar, es un círculo, seguramente te sirvió en algún momento pero ahora te estás dando cuenta que a pesar de hacer continuas con el problema, por eso es importante darte otras estrategias o formas más adaptativas de afrontar el miedo.

PACIENTE: “Entonces con razón por un lado me siento un poco tranquila porque no tuve contacto con un hombre pero igual me genera ansiedad ver a ese hombre caminando en la misma dirección que yo y llega a mi mente la imagen del esposo de mi tía tocándome”. ¿Qué puedo hacer para mejorar esto?

TERAPEUTA: Cuando los pacientes manifiestan responder ante las situaciones con conductas de evitación y/o escape, se aplica la técnica de exposición con el fin de disminuir esa conducta de evitación / escape y la sintomatología ansiosa. Para aplicar la técnica se realiza primero la jerarquía de los miedos, teniendo en cuenta la relación de los diagnósticos y a partir de ahí empezamos a aplicar la técnica.

PACIENTE: “Ok”.

TERAPEUTA: Para la próxima sesión, me gustaría que identifiques los principales miedos para trabajar sobre esto la próxima sesión.

## **Sesión 7**

Objetivos de la sesión: Emplear técnica de la exposición en vivo, donde primero se identifican la jerarquía de los miedos para así aplicar una de las técnicas mas eficaces en los trastornos de ansiedad.

Descripción de la sesión: Para la sesión, se identifica el miedo con mayor intensidad en la paciente con el fin de emplear la técnica de la exposición en vivo, ya que la paciente emplea como respuesta ante las situaciones que le generan alto malestar, la conducta de evitación y/o escape.

TERAPEUTA: Teniendo en cuenta lo que conversamos en la sesión anterior, empezaremos a trabajar con la jerarquía de los miedos, teniendo en cuenta la relación de ambos diagnósticos. De acuerdo a lo que trabajaste en la tarea, me puedes decir ¿Cuál es tu miedo principal?

PACIENTE: “ Primero mi mayor miedo y siento mucho malestar al exponerme ante hombres especialmente si son desconocidos, es decir, por ejemplo estar sola con un hombre, hablar con extraños e interactuar con ellos estando en la calle.”

TERAPEUTA: Comprendo entonces podrías decirme ¿ Que pensamientos llegan a tu mente cuando estas expuesta ante un hombre ?

PACIENTE: Cuando estoy en la situación de exponerme con hombres, llega a mi mente las imágenes del esposo de mi tía tocándome, pienso que todos los hombres me van hacer lo mismo y que se va a repetir la situación.

TERAPEUTA: Teniendo en cuenta los pensamientos, entonces me dices que a tu mente llegan imágenes de tu tío tocandote y que además piensas que todos los hombres te van hacer lo mismo y que la situación se va a repetir. De acuerdo a esto ¿ me gustaría saber a parte del miedo que otra emoción sientes?

PACIENTE: Aparte del miedo siento mucha ansiedad, inseguridad, siento que no me puedo controlar porque siento alto malestar pero actualmente estos síntomas han disminuido por la técnica de la relajación respiración que usted me enseñó pero hasta el momento si llegan los pensamientos y escapo cuando veo a un hombre.

TERAPEUTA: Me agrada que realmente la técnica de la respiración, te haya servido para disminuir el malestar. Teniendo en cuenta la situación de interactuar con los hombres, iniciamos la técnica de la exposición. Como estarás en proceso de vacaciones, te hago la recomendación de leer el libro de Ellis que se llama “Como controlar la Ansiedad antes de que lo controle a usted” que se incluye como una lectura dirigida, en ese libro explican la sintomatología ansiosa y el

autor menciona técnicas tales como la exposición que ha servido como herramienta a las personas con ansiedad a darse cuenta que si son capaz.

De igual manera, te explico que en las primeras sesiones en el proceso de evaluación aplicamos también la técnica de la exposición pero imaginaria cuando estabas narrando toda la situación del abuso sexual.

TERAPEUTA: Retomando el proceso de intervención después de vacaciones, seguimos con la tarea que te deje durante el descanso, ya que quiero saber que identificaste en relación con tu caso con la sintomatología y el malestar.

PACIENTE: Leí el libro y entendí muchas cosas acerca de la ansiedad, me he dado cuenta que en muchas ocasiones me ha generado mucha ansiedad los pensamientos que llegan a mi mente y no me daba cuenta que en realidad me dejaba ganar de esos pensamientos.

Decidí exponerme y salí de mi casa a la esquina que queda una tienda y por ahí habían hombres, sin embargo pude salir y no me dio miedo, ya que me arriesgue y pude caminar por donde estaban varios hombres, ya he entendido que no todos los hombres son iguales y también sé que los hombres que se me acerquen no es para hacerme daño.

TERAPEUTA: Qué bueno que decidiste salir, eso es un buen avance, con esta iniciativa, muy bien eso, mira como tú misma le apostaste al miedo. ¿Al momento de exponerte como te sentiste y que pensamientos llegaron a tu mente ?



PACIENTE: Antes de empezar la exposición al ver a los hombres en la calle sentí ansiedad con una intensidad 6/ 10 pero durante la exposición fue disminuyendo porque me sentí cómoda en el ambiente y aparte pude manejar el movimiento en las manos que sucede cuando estoy nerviosa. Cuando iba caminando y me iba acercando mucho más a los hombres, empecé a hablarme a mí misma, a tener un auto diálogo y me decía a mí misma que si eres capaz y no todos los hombres son malos y fui capaz de seguir adelante y pasar por donde esos hombres estaban. En el primer momento fue incomodo pero lo logré y espero que siga siendo así.

TERAPEUTA: Sí, fuiste capaz y te arriesgaste a caminar sola delante de los hombres, y no solamente eso, sino mira cómo te diste cuenta de lo que te decías, cómo aparecieron los pensamientos no generalizados, ni derrotistas. Realizaste un buen ejercicio.

## 8. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIAS

### **Trastorno de estrés postraumático**

El trastorno de Estrés Postraumático se asocia al haber vivenciado un hecho significativo en una etapa específica de la vida. Para el diagnóstico no solo se tiene en cuenta el criterio diagnóstico de haber estado expuesto a una situación traumática, sino también los factores de desarrollo, de predisposición como son el componente somático, psíquico y con respecto a las relaciones y el contexto en el que vive el individuo (Barlow & Duran, 2001). Para poder diagnosticar a una persona con un trastorno mental, se evalúa la manera en cómo se presenta la respuesta emocional, es decir se mide la magnitud, la amplitud y que tan aguda es la respuesta (Vásquez & Pérez- Sales, 2003). La respuesta emocional que siente la persona es importante ya que indica el malestar que le está generando la emoción que experimenta la persona cada vez que pasa una situación relacionada con el hecho significativo.

Una situación traumática dependiendo en la manera en como la persona la interpreta va a generar cierto malestar que se va a ver reflejado en las diferentes áreas del funcionamiento del individuo y va a conllevar a un diagnóstico, ya que la persona va perdiendo funcionalidad en su vida personal y en el contexto que la rodea. Las características relevantes para el diagnóstico del Trastorno Estrés Postraumático son:

Haber presenciado de manera directa o indirecta una situación que su significado haya sido de riesgo. Hay situaciones que aunque no sucedan directamente a una persona pero el hecho de haberla visto o escuchado por otra persona generan alto malestar o sentirse expuesto o vulnerable a que pueda volver a pasar lo mismo o que en este caso le suceda directamente a la persona,

también puede ocurrir alteración del estado de ánimo después de la situación. La persona realiza conductas evitativas frecuentemente al identificar estímulos asociados a la situación de peligro.

La persona con el fin de no sentir malestar, realiza conductas de evitación, ya que teme sentirse vulnerable y que esto la genera miedo intenso o ansiedad.

Hay presencia de sentimientos de vacío o de angustia, cambios repentinos del estado de ánimo después del hecho y hay una alteración en la manera en cómo responde la persona ante las situaciones.

Síntomas frecuentes excitación.

Los síntomas mencionados deben aparecer por más de un mes.

Disfuncionalidad en diferentes áreas del individuo como en el ámbito laboral, en las relaciones interpersonales y en contexto que lo rodea, en el personal (American Psychiatric Association, 2002).

Con respecto a la sintomatología disociativa que se presenta hay una alteración a nivel cognitivo y perceptual y es algo esperado que suceda en el Trastorno de Estrés Postraumático (Resick, 2001; Klein & Schermer, 2000). Debido al estrés que vive la persona por la experiencia que tuvo, dependiendo que tan alto sea el malestar, ocurre una alteración que la persona piensa y siente sensaciones en su entorno o a nivel corporal.

Identificar la manera en como la persona interpreta la situación después de haber vivido una experiencia traumática, es importante; autores como Ehlers y Clark (2000), hacen referencia a una postura cognitiva del Trastorno del Estrés Postraumático, donde mencionan los factores adquisitivos como por ejemplo el condicionamiento, las distorsiones cognitivas, los esquemas y las imágenes asociadas al trauma. Después de haber vivido el trauma las persona interpretan las

situaciones como peligrosas y ven al mundo, su alrededor como amenazante y por tal motivo piensa y siente que esta vulnerable. Por otro lado se sienten incapaces de afrontar las situaciones de manera funcional. Ambos autores explican la manera en como las personas con TEPT, interpretan las situaciones y se activan los pensamientos, los esquemas y las creencias. Esto ocurre por la manera en como la persona procesa la información y por tal motivo como consecuencia de este procesamiento aparece la sintomatología relacionada con el TEPT.

### **Ansiedad social**

Con respecto a la Ansiedad Social, según Caballo, Salazar & Hofmann (2019), hacen referencia en que se presenta una angustia permanente que genera alto malestar emocional y esto ocurre cuando hay un evento social, en el que la persona se siente vulnerable al estar rodeado de personas, ya que piensa que lo están juzgando o criticando. Cualquier situación que esté relacionada con el área social, genera un impacto en ese momento en el que el paciente esta interactuando con las demás personas.

Para el Manual Diagnostico que emplean los psicólogos clínicos para conocer cada una de las características de cada trastorno en específico y en las categorías que cada uno pertenece, se menciona al DSM- 5 (APA, 2013), y hace referencia que a la Fobia Social también se le puede llamar Ansiedad Social y pertenece a la categoría de Trastornos de Ansiedad y otro manual conocido es el CIE- 10 y mantienen el nombre como Fobia Social y pertenece al grupo de Ansiedad Fóbica.

La sintomatología que se presenta es una incomodidad en relación a hechos o situaciones en la que la persona se debe exponer o relacionarse delante de otras personas. La persona con este tipo de diagnóstico siente ciertos síntomas como enrojecimiento, aceleración del ritmo cardíaco, molestias estomacales, sensación de temblor por todo el cuerpo, mareo (American Psychiatric Association, 2013). La persona cuando está en una situación en el ámbito social y piensa que lo están juzgando o evaluando de manera negativa siente los síntomas mencionados anteriormente, ya que el malestar es muy intenso y la persona siente mucho miedo y ansiedad.

Siguiendo con la sintomatología que se presenta en la Ansiedad Social, hay presencia de temor en las situaciones en las que la persona debe interactuar en reuniones o eventos sociales, la persona siente malestar, ya que por su mente llegan pensamientos que las demás personas lo están criticando y devaluando y realmente esto no está siendo real (Bustamante & Hernández, 2016). Realmente la persona con Ansiedad Social le teme a la crítica, ya que se siente vulnerable en las situaciones sociales, también le genera ansiedad iniciar una conversación y le provoca incomodidad que las personas que están a su alrededor en ese momento observen la sintomatología ansiosa, ya que la persona empieza a temblar, sudar y siente que pierde el control de la situación.

Según Spielberger (1972), cuando una persona presenta ansiedad distingue al mundo que lo rodea como inseguro y de esa manera se explica que el individuo como consecuencia de esos pensamientos tenga síntomas relacionados con la ansiedad de manera intensa, es decir, cuando la persona percibe el mundo peligroso piensa que es vulnerable a cosas negativas, lo cual causa miedo y ansiedad de manera frecuente.

En caso de que la persona con ansiedad social se exhiba frente al público o a un evento en específico, por su mente llegan pensamientos de soy incapaz, soy ineficiente, debido a que estos pensamientos tienen como significado el auto sabotaje y aparecen como consecuencia la reacción de manera ya sea física y conductual (Beck, 1963, 1967). Los pensamientos que sabotean llegan a la mente de la persona de manera inesperada y la persona al iniciar terapia va a tener el conocimiento de las técnicas y herramientas para saber cómo controlar esos pensamientos que llegan y no reforzarlos de manera negativa, ya que mantienen el malestar.

### **Modelos teóricos que posibiliten la comprensión y el abordaje terapéutico de la AS y el TEP desde el enfoque Cognitivo- Conductual**

#### **Ansiedad Social**

A lo largo de la historia se han desarrollado diferentes modelos sobre la fobia social, el primero de ellos se basó en lo expuesto por Beck (1993), el cual estudiaba que las ideas ilógicas, las convicciones erróneas podrían ser una causa para sostener la fobia social a largo plazo. El individuo crea estructuras fijas en su mente que se activan en diferentes escenarios sociales, se anticipa con temor a las situaciones antes de conocer el resultado, cree que no dispone de recursos adecuados para enfrentarse a las diferentes situaciones de la vida diaria y compara las actuaciones del resto de sujetos con su propia conducta social, la cual considera incompetente.

Uno de los principios centrales de la teoría cognitiva de la ansiedad es que el miedo y la ansiedad anormales se derivan de una asunción falsa que implica la valoración errónea de peligro en una situación que no se confirma mediante la observación directa (Beck et al., 1985). La activación de las creencias disfuncionales (esquemas) sobre la amenaza y de los errores en el

procesamiento cognitivo asociados provoca un miedo notable y excesivo que es incoherente con la realidad objetiva de la situación.

En la ansiedad, este aumento de la sensación de vulnerabilidad es evidente en las valoraciones sesgadas y exageradas que hacen los individuos del posible daño personal en respuesta a señales que son neutrales o inocuas. Esta valoración primaria de la amenaza conlleva una perspectiva errónea que sobrestima enormemente la probabilidad de que se produzca el daño y la gravedad percibida del mismo (Beck, 1985).

Este modelo se inicia desde la explicación sobre el funcionamiento del aparato cognitivo, en el cual las emociones negativas y una sensación de inadecuación y de vergüenza van a estar enfocadas en las situaciones sociales y las cuales se van a asociar a conductas que busquen ser minimizadas y evitar que las demás personas las perciban. Estas conductas suelen incluir perfeccionismo, una retroalimentación negativa y unas rumiaciones de cogniciones interpersonales, las cuales pueden ser evidentes en tres fases diferentes.

-Fase anticipatoria, se presentan respuestas de ansiedad ante situaciones de amenaza social, que pueden ir desde minutos previos hasta varias semanas, lo que generalmente representa un patrón de evitación de los sitios donde tendrá lugar la situación. Lleva al permanente aislamiento en los casos graves de fobia social (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Clark & Beck, 2010).

-Fase de exposición, la persona con FS activa una serie de creencias centrales acerca de sí mismo (activación del autoesquema).

-La fase post evento se inicia una vez se ha terminado la exposición, y se caracteriza por una serie de sesgos en los procesos de memoria, tanto en almacenamiento como en recuperación, donde la persona recuerda con mayor facilidad sus errores, los almacena junto a otros similares justificándolos como parte de su experiencia, y omitiendo los aciertos y la información que no está a favor de su autoesquema de incompetencia, lo que termina en un círculo de evidencias sobre la naturaleza amenazante de los demás, la incapacidad personal y los niveles de ansiedad exagerados en las situaciones sociales (Clark & Beck, 2010).

También es necesario mencionar a Caballo (1995), quien propone un esquema teórico explicativo de la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. En relación al inicio del trastorno, los autores presuponen en primer lugar que la alteración de las respuestas del sujeto, es generada por la asociación entre un contexto social negativo y un conjunto de variables orgánicas, que darían lugar a un patrón desadaptativo de respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas (Rodríguez & Caballo, 2003).

El contexto social negativo puede influir de varias formas, como por ejemplo los modelos humanos significativos para el sujeto, que manifiestan directa o indirectamente una aversión al relacionamiento con/ante personas ajenas al ámbito familiar, predisponiendo al sujeto a actuar de manera similar, como lo muestran numerosos trabajos citados por los autores, como Bandura (1969), Bruch, Gorsky, Collins & Berger (1989) y Silverman & Kurtines (1996), entre otros (Rodríguez & Caballo, 2003).



Otros factores que influyen, son por ejemplo la existencia de antecedentes familiares relacionados con la ansiedad social, ya sea directamente o a través de la transmisión de información (tanto en el contexto familiar como educativo), también puede contribuir una estimulación social deficitaria, el aislamiento social de la familia, el empleo de la vergüenza como método de control, los problemas familiares la existencia de problemas psicopatológicos en los progenitores, los cambios de residencia (Bradley y Sloman, 1975), y los abusos deshonestos, la hostilidad y el rechazo parental (Halpern, Hammond y Cohen, 1971; citados por Rodríguez y Caballo, 2003).

### **Trastorno de Estrés postraumático**

Para entender el abordaje terapéutico del trastorno estrés postraumático desde el enfoque cognitivo conductual, es necesario estudiar diferentes teorías que guarden relación con el tema de estudio. Teóricos como Calhoun y Resick (1993), consideran que los diferentes modelos teóricos varían en su nivel de análisis y de complejidad, tendiendo en gran medida a superarse unos a otros. En su fase inicial, esta teoría incluyó diversas técnicas (desensibilización sistemática, entrenamiento en relajación, biofeedback), que se centraron en la teoría de los dos factores del condicionamiento clásico y operante. Posteriormente surgieron otros procedimientos que se centraron en los síntomas del TEPT (exposición prolongada, terapia cognitiva, terapia del procesamiento cognitivo).

Por su parte, la teoría del procesamiento emocional y las teorías sociales cognoscitivas enfatizaron el procesamiento de información y el impacto del trauma en el sistema de creencias del paciente. Esta teoría predominó sobre la teoría del aprendizaje. Brewin, Dalgleish y Joseph

(1996), propusieron la teoría de la representación dual, que incorpora la teoría del procesamiento de la información y las teorías sociales-cognitivas. Estos autores han centrado su trabajo en las investigaciones de las ciencias cognoscitivas con relación a aspectos de memoria.

Al respecto Cahill y Foa (2007), sostienen que una teoría psicológica adecuada del TEPT, debe abarcar por lo menos tres aspectos. Primero, debe incorporar la fenomenología del TEPT, incluyendo los síntomas específicos y las características importantes asociadas. Segundo, debe considerar el curso natural de las reacciones post trauma y el hecho de que los síntomas del TEPT son comunes en la fase posterior inmediata al trauma. Finalmente, la teoría debe dar cuenta de la eficacia de la terapia cognitiva-conductual, debido a que varias formas de esta terapia han demostrado su efectividad en la reducción de síntomas severos de TEPT, al igual que en la ansiedad.

A pesar de estas limitaciones, el modelo de condicionamiento es importante y ha sido incluido en otros modelos del TEPT, los cuales se describen a continuación.

Primeramente se tiene la Teoría social cognitiva, donde autores como Cahill y Foa (2007) sostienen que un aspecto común a la teoría Social-Cognitiva es que los eventos traumáticos generalmente discrepan de los esquemas existentes, y que para procesar una experiencia traumática se requiere modificar los esquemas existentes.

Otras teorías se han centrado más en el contenido de las cogniciones del TEPT, y proponen que los supuestos básicos acerca del mundo y de la persona se encuentran alterados. Las teorías

constructivistas se basan en la idea de que las personas activamente crean sus propias representaciones internas del mundo y de ellos mismos (Resick, Monzon y Rizvi, 2008). Estas teorías se centran en un rango de reacciones emocionales, tanto primarias (miedo, tristeza e ira), como secundarias (culpa y vergüenza). La información nueva que es congruente con creencias previas acerca de uno mismo y del mundo, se asimila rápidamente y sin esfuerzo, se ajusta a los esquemas y requiere de poca atención para incorporarla.

En este orden de ideas, los representantes de la teoría social-cognitiva afirman que es necesaria la expresión afectiva, no con el fin de lograr la habituación, sino con el objetivo de que el recuerdo del trauma se procese totalmente. Se espera que la emoción, una vez que se ha tenido acceso, se desvanezca rápidamente y se empiece el proceso de adaptación de los recuerdos traumáticos a los esquemas. Una vez se modifiquen las creencias acerca del evento traumático (auto reproche, culpa), y las creencias sobre generalizadas acerca de uno mismo y del mundo (seguridad, confianza, control, estima, intimidad), entonces las emociones secundarias desaparecerán, al igual que los recuerdos intrusivos (Resick, Monzon y Rizvi, 2008).

Como segunda teoría se cuenta con la teoría del procesamiento emocional, la estructura de temor que subyace al TEPT se caracteriza por un número de estímulos que se asocian erróneamente con el significado de peligro; al igual que con la activación fisiológicas, y las reacciones conductuales que se presentan en la sintomatología del TEPT. Debido a la gran cantidad de estímulos que se perciben como peligrosos; individuos con TEPT perciben el mundo como peligroso en su totalidad. Igualmente, las representaciones de la forma como se comportó la víctima durante el trauma, de los síntomas que desarrolló y de la interpretación negativa que

hizo de estos síntomas, se asocian con el significado de incompetencia, la cual mantiene y promueve la severidad del TEPT (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007).

Otro aspecto central de la teoría del procesamiento emocional, es que el tratamiento exitoso del TEPT, debe modificar los elementos patológicos de la estructura del temor, de tal forma que la información que evoca los síntomas de ansiedad pierda su capacidad para generarlos. Cahill y Foa (2007) reportan que se necesitan dos condiciones para modificar la estructura de temor. Por una parte, es necesario que la estructura se active; y por otra, que haya nueva información disponible, pero incompatible, con la información errónea que se tiene de esta estructura, de manera que se pueda incorporar en la estructura del temor. La exposición intencional a estímulos temidos pero seguros, durante la terapia de exposición, reúne estas dos condiciones.

La teoría del aprendizaje contemporáneo de Mineka y Zinbarg (2006), propone que aparte de las experiencias de condicionamiento traumático directo o vicario, existen otros factores que inciden sobre el condicionamiento clásico del estímulo condicionado (EC) - estímulo incondicionado (EI). Estos factores incluyen las percepciones de controlabilidad y predictibilidad de los eventos estresantes, las propiedades del estímulo condicionado, por ejemplo, la proximidad temporal de los eventos estresantes y factores de vulnerabilidad como el temperamento y la historia social y cultural del individuo (Hofmann, 2007).

Los modelos cognoscitivos que explican el desarrollo del TEPT también hacen referencia a aquellas situaciones amenazantes, que causan en el individuo un cambio abrupto en su sistema de creencias y esquemas cognoscitivos (creencias acerca del mundo, de un ser supremo, de la

justicia, etc.), o eventos que inducen a la víctima a pensar, sentir o comportarse de forma que contradiga su sistema de valores (experimentar deseos de matar a alguien, o tener comportamientos de auto defensa moralmente inaceptados), (Foa , Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993).

## **Factores de Vulnerabilidad**

### **Ansiedad Social**

Distintos factores pueden influir negativa o positivamente en la génesis y mantenimiento de la Fobia Social (FS). Unas personas pueden ser más vulnerables que otras en el padecimiento del trastorno, de acuerdo con la naturaleza de su historial de aprendizaje, del modelo educativo de los padres, de la influencia de los compañeros/as y los amigos/as, de su personalidad, etc.

Veamos cuales son dichos factores de vulnerabilidad.

Actitud y patrones de conducta de los padres: Tal y como señalan Bögels, Van Oosten, Muris y Smulders (2001), dos son las razones por las que debe prestarse atención a la contribución de la familia en la etiología de la fobia social. La primera de ellas se refiere a la edad temprana en que se presenta el trastorno. La segunda es que la familia constituye el primer contexto en el que se aprende la conducta social y en su seno se desarrollan las interacciones que darán lugar a la conformación del ser social.

Con respecto a las actitudes y los patrones de conducta que los padres ejercen de manera influyente en sus hijos se han desarrollado numerosos estudios, (Eisenberg, Gershoff, Fabes, Shepard, Cumberland, Losoya, Guthrie & Murphy, 2001; entre otros), que indican que las

relaciones interpersonales del niño se ven afectadas negativamente por la carencia de afecto, por el escaso apoyo emocional y por las actitudes de sobreprotección de los padres, tal y como señaló Parker (1979). En un estudio de Putallaz & Heflin (1990), se halló que las relaciones afectivas de los padres hacia sus hijos y la transmisión de seguridad de estos constituían un buen pronóstico en el establecimiento posterior de relaciones positivas con iguales por parte del niño. Los estudios de Attili (1989) y de Hinde & Tamplin (1983) informaron que el cariño y el comportamiento afectivo de la madre hacia el hijo estaban asociados positivamente con el comportamiento prosocial de los niños con otros compañeros. En un estudio posterior realizado por Rapee (1997), encontró que la sobreprotección de la madre hacia el hijo era un factor de vulnerabilidad más importante que la falta de cariño.

Beck y Greenberg (1988) señalaban que la percepción de peligro acciona un “sistema de alarma” que conlleva procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos primales que evolucionaron a fin de proteger nuestra especie de los daños y peligros físicos (Beck, 1985). La movilización conductual para manejar el peligro puede conllevar la respuesta de lucha o huida (alejamiento o evitación), pero también puede consistir en otras conductas instrumentales como la de solicitar ayuda, adoptar una postura defensiva o negociar para minimizar el peligro (Beck et al., 1985, 2005).

La activación autónoma y otras respuestas fisiológicas que se producen durante la vulnerabilidad a la amenaza son aspectos importantes de este sistema de defensa reflejo primario. La presencia de la ansiedad activa la movilización conductual para manejar la amenaza percibida. Aunque esta movilización conductual primal se generó como respuesta rápida y

eficiente ante el peligro físico, puede dificultar la actuación real cuando se activa en situaciones benignas o en las complejas, difusas y estresantes circunstancias de la sociedad contemporánea.

La movilización del sistema de defensa primal puede tener, además, efectos adversos si se interpreta como señal de un trastorno grave, como cuando la persona con trastorno de angustia malinterpreta un elevado ritmo cardíaco y lo considera señal de un posible infarto miocardio (Beck et al., 1985; D.M. Clark & Beck, 1988).

Desde el modelo cognitivo conductual explica que el miedo intenso aparece por una situación que haya sido significativa (Öst & Hugdahl, 1981). Las situaciones significativas son importantes abordarlas durante el discurso del paciente, ya que explican uno de los posibles orígenes de la problemática actual del paciente en este caso de la fobia/ ansiedad social. En el origen de la Fobia / Ansiedad Social, no solo se tiene en cuenta la situación significativa si se presenta, ya que es un factor central, sino también como factor predisponente a nivel psicológico la timidez. Algunos autores como Turner et al. (1992b) mencionan que la timidez predispone al paciente a presentar sintomatología correspondiente a fobia social y que no solo la fobia social se diagnostica por el condicionamiento con el estímulo fóbico que provoca una respuesta de miedo intenso o por el factor biológico que genera una gran vulnerabilidad. Todos estos factores predisponen a la persona a un diagnóstico de fobia social en la edad adulta.

En la entrevista con el paciente, al momento de recolectar los datos se pregunta acerca de la historia familiar y de sus características de personalidad de los familiares cercanos como los padres, ya que como existe la probabilidad de la vulnerabilidad a la ansiedad. En muchas

ocasiones los pacientes modelan la conducta ansiosa de los padres y por ese medio de aprendizaje que se llama condicionamiento vicario también se puede adquirir la fobia social, ya que el paciente observa a los padres evitar situaciones en las que genera alto malestar como por ejemplo ansiedad o miedo intenso (Bruch et al., 1988).

### **Trastorno Estrés Postraumático**

Cuando se diagnostica el trastorno de estrés postraumático, los factores vulnerables se deben considerar la historia del paciente a través de:

a) Historia de traumas previos: éstos podrían indicar una vulnerabilidad fisiológica respecto a los síntomas de activación o una predisposición psicológica al reactivar conflictos previos no resueltos. Los pacientes con TEPT refieren con mayor frecuencia historia de abuso físico y/o sexual. (Goenjian et al. 2000).

b) Género: Investigaciones recientes muestran que tanto hombres como mujeres tienen similar riesgo de desarrollar una reacción emocional de cualquier tipo después de una experiencia traumática; sin embargo, el TEPT como cuadro clínico se ha observado como más frecuente en las mujeres en población civil (Green et al. 1994).

c) Trastornos psiquiátricos previos: en especial depresión, trastorno de personalidad y abuso de alcohol y drogas (8); d) Historia familiar de trastornos psiquiátricos: ya sea por la influencia genética, medio ambiental o la combinación de ambos (Breslau, Kesleer y Piterson, 1998).

e) Factor Neurocognitivo: Algunos estudios han establecido que los pacientes con TEPT presentan bajo nivel intelectual y compromiso neurológico (volumen pequeño del hipocampo hasta un 8%). Esto podría comprometer la habilidad del sujeto para adaptarse psicológicamente a una situación altamente estresante (Orr et al. 1999).



f) La presencia de lesiones físicas como causa del trauma: es poco clara la relación entre éstas y la alteración psicológica, teniendo mayor relevancia el significado personal del accidente o daño como factor predictor.

g) Características de los síntomas: se plantea que la presencia de marcadas conductas de evitación o síntomas disociativos son de mal pronóstico. No hay clara evidencia acerca de este punto, existiendo concordancia en que todos los síntomas al inicio del cuadro tienen un valor predictor, y a mayor cantidad e intensidad de éstos, más exacta es la predicción (Classen et al. 1999).

Desde el modelo Cognitivo Conductual, el estrés postraumático se puede describir a partir de la teoría Bifactorial de Mowrer (1947), en él se tiene en cuenta dos tipos de aprendizaje el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. El condicionamiento clásico se refiere como surge la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático, es decir, la situación traumática es el Estímulo Incondicionado que provoca una respuesta de miedo, el miedo sería una Respuesta Incondicionada y cuando hay una memoria relacionada con la situación del trauma se llama Estimulo Condicionado que genera un miedo extremo que sería la Respuesta Condicionada. (Becker et al., 1984; Holmes & St. Lawrence, 1983; Keane, Zimering & Caddell, 1985; Kilpatrick, Veronen & Best, 1985; Kilpatrick, Veronen & Resick, 1982).

Por medio del condicionamiento clásico se explica como la persona asocia la situación traumática con la respuesta de miedo y a partir de la asociación aparece el malestar, la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático. En caso que la situación traumática es por abuso sexual y haya un condicionamiento clásico, un estímulo neutral puede generar la respuesta de ansiedad como por ejemplo todos los hombres de piel morena como respuesta le generan

ansiedad (Foa, 1995). Con respecto al Condicionamiento Operante, se explica el factor de mantenimiento y la conducta del paciente con estrés postraumático.

Cuando la persona evita cognitivamente cualquier hecho del trauma, ya que genera un malestar intenso de la ansiedad, con respecto al condicionamiento operante que se basa en refuerzo positivo o negativo, la evitación es un refuerzo negativo, quiere decir que evitar cualquier hecho del trauma es un refuerzo negativo, lo que implica que el suceso va a volver a repetirse, ya que la evitación no quiere decir que el recuerdo va a desaparecer por completo, sino que va a volver y la persona va a seguir evitando (Becker et al., 1984; Holmes & St. Lawrence, 1983; Keane, Zimering & Caddell, 1985; Kilpatrick, Veronen & Best, 1985; Kilpatrick, Veronen & Resick, 1982).

### **Comorbilidad entre la Ansiedad Social y el trastorno de estrés postraumático**

Cuando se menciona el termino de comorbilidad se refiere a que a una persona puede estar diagnosticada con uno o más trastornos relacionados con la salud mental (Hides, Quinn, Stoyanov, Kavanagh & Baker, 2019). De acuerdo a lo mencionado es posible que haya uno o más trastorno mental en el diagnóstico, ya que un trastorno mental principal puede llevar a la aparición de otro trastorno porque puede existir una relación entre ellos o también porque hay un problema de base y como consecuencia aparece un nuevo trastorno ocasionando una comorbilidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) define la comorbilidad como la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos en el mismo individuo.

Varios investigadores presentan la fobia como el tercer trastorno psicológico más frecuente en las sociedades occidentales, y la FS, como la segunda patología psiquiátrica en frecuencia, después de las fobias específicas. La FS manifiesta importante comorbilidad con alteraciones psiquiátricas a lo largo de sus vidas, entre estas se encuentran fobias específicas, otros trastornos de ansiedad, trastornos del afecto, desórdenes alimentarios, dependencia al alcohol y esquizofrenia. Cabe destacar que la elevada comorbilidad entre los trastornos de ansiedad, así como las similitudes entre algunos de ellos, dificulta en el ámbito clínico el diagnóstico de estos pacientes y, en consecuencia, su tratamiento y pronóstico.

En cuanto al trastorno de estrés postraumático, según Ducrocq y Jehel (2014) cuando una persona vivencia un suceso de forma repentina e imprevista y en gran medida amenazante, desarrollará una serie de manifestaciones conocidas bajo el término de reacción de estrés. Teniendo en cuenta que la respuesta al estrés se puede precisar como un conjunto estructurado de reacciones psicobiológicas ante un estresor el cual le da la capacidad al organismo de restaurar la estabilidad de los procesos inevitables para la supervivencia.

De igual forma, Bardeen, Tull, Stevens y Gratz (2015), refieren que la exposición a un evento traumático, puede desarrollar una respuesta de miedo a las sensaciones relacionadas con los síntomas de ansiedad, al existir la creencia de que estos tienden a traer consecuencias negativas, lo que conlleva a evitar la exposición funcional a dicha excitación ansiosa; por tanto si se combina la respuesta de miedo con la tendencia a evitar las emociones negativas, esto contribuirá en mayor medida al desarrollo y mantenimiento del Trastorno por Estrés Postraumático.

Ducrocq y Jehel (2014) señalan que algunos de los factores de riesgos para el desarrollo del Trastorno por Estrés postraumático son ser del género femenino con antecedentes de traumas en la infancia o en la edad adulta, exponer a un nivel elevado y prolongado de estrés intenso como consecuencia del evento traumático, disociación en el momento del acontecimiento, violencia durante el suceso, gravedad de las lesiones psíquicas para la persona y/o sus allegados y el escaso apoyo social. Es por ello que resulta de vital relevancia la identificación de dichos factores de riesgo después de que la persona haya estado expuesta recientemente a un suceso traumático.

La comorbilidad existente entre la fobia social y el trastorno de estrés postraumático, es que ambos pertenecen a los trastornos de ansiedad y se agrupan alrededor de un temor o pavor irracional y excesivo.

En general, los trastornos de ansiedad se tratan con medicación, tipos específicos de psicoterapia, o ambos. Los tratamientos a escoger dependen del problema y de la preferencia de la persona. Antes de comenzar un tratamiento, un médico debe realizar una evaluación diagnóstica cuidadosamente para determinar si los síntomas de una persona son causados por un trastorno de ansiedad o por un problema físico. Si se diagnostica un trastorno de ansiedad, el tipo de trastorno o la combinación de trastornos presentes deben identificarse, al igual que cualquier enfermedad coexistente, tales como depresión o abuso de sustancias.

La terapia cognitiva-conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a

sus temores, y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

Por ejemplo, la terapia cognitiva-conductual puede ayudar a las personas que sufren de trastorno de pánico a aprender que sus ataques de pánico no son en realidad ataques cardíacos y puede ayudar a las personas con fobia social a aprender a sobreponerse a la creencia de que las demás personas las están observando y juzgando constantemente. Cuando las personas están listas para enfrentar sus miedos, se les muestra cómo usar técnicas de exposición para desensibilizarse a las situaciones que provocan sus ansiedades.

En el proceso de terapia para tratar el caso de un paciente con comorbilidad, se emplean las técnicas y herramientas específicas para tratar cada diagnóstico (Martínez, 2010), ya sea cada uno de manera individual o de manera simultánea, es decir en el proceso de la terapia se intercalan las técnicas de cada trastorno en específico con el fin de que el proceso sea efectivo y se cumplan los objetivos planteados en cada sesión.

En un estudio realizado, hacen referencia a que la ansiedad social aparece o se activa a partir de un diagnóstico de un trastorno principal (Schneier et al., 1992). Cuando hay un diagnóstico principal como el trastorno de Estrés Postraumático, surge o se activa la sintomatología ansiosa social. Hechos significativos en la infancia pueden desarrollar ambos trastornos, específicamente situaciones como la violencia física o sexual, como evento significativo en cualquier etapa de la vida, como también otras situaciones relacionadas con el vínculo familiar o cualquier hecho con una figura significativa (Kessler et al., 1997; Stemberger et al., 1995). Cuando los hechos ocurren en la infancia las personas que están alrededor

minimizan los hechos y no prestan atención al niño como por ejemplo cuando un padre se va de viaje o cuando ocurre que los padres se separan y los niños interpretan estas situaciones de manera diferente que los adultos y cuando estos niños llegan a la edad adulta presentan problemas que pueden llegar a ser trastornos, debido a que no hay suficiente información de los hechos para los niños. Estos sucesos se ven reflejos en la edad adulta, en la manera en cómo actúa o responde el individuo ante las situaciones que se presentan.

Ambos trastornos tanto el Estrés Postraumático como la Ansiedad Social tienen en común como origen la vivencia de situaciones negativas. Estas situaciones pueden ocurrir en cualquier momento de la vida y no solo que haya sucedido una experiencia directa también puede ocurrir que esa experiencia significativa la haya vivido un familiar o persona cercana al paciente. Con tan solo escuchar la situación o verla puede generar un impacto psicológico en la salud mental de la persona. Es importante reconocer los malestares que genera las situaciones, cada cuanto o en qué momento aparece el malestar, la alteración del estado de ánimo y que genera el malestar.

Como diferencia entre los trastornos de estrés postraumático y ansiedad social, en la ansiedad social es notoria la dificultad para establecer las relaciones interpersonales (Alden & Taylor, 2004), esto genera malestar en el individuo, ya que luego a su mente llegan pensamientos relacionados con la incapacidad de hacer nuevas amistades y que no puede iniciar una conversación con alguien.

Aparte otra diferencia con respecto a ambos trastornos, en la ansiedad social hay déficit en las habilidades sociales, es decir, que estas personas mantienen una tranquilidad, sin embargo tienen

dificultad para entablar conversaciones (Rapee & Spence, 2004). Como su nombre la indica en la ansiedad social, el área donde se presenta mayor dificultad es en la parte social por miedo a que la persona se sienta juzgada o evaluada negativamente. Con respecto al estrés postraumático las personas evitan ciertas situaciones, pero relacionadas a lo que le recuerda el trauma, en cambio en la ansiedad social todo lo relacionado con el área social la evitan o si se exponen surge alto malestar y pensamientos relacionados a la crítica.

### **Protocolos y modelos de intervención que muestren ser eficaces en el abordaje de ambos trastornos en la práctica clínica**

La terapia cognitivo conductual es efectiva para ambos trastornos, ya que demuestra que han habido resultados positivos en la implementación de este modelo. Este modelo se basa en los pensamientos, las emociones y la conducta que realiza el individuo en medio de una situación que genera miedo y ansiedad intensa y lo más importante es que el paciente identifique por sus propios medios esas situaciones que generan inquietud e indisposición (Clark & Beck, 2016). La persona piensa que va a perder el control, ya que no cuenta con un repertorio de respuestas adaptativas, que el modelo brinda con diversas técnicas para afrontar de manera racional los eventos sociales o que generan estrés en la vida de la persona.

Para el Trastorno de Estrés Postraumático, el modelo Cognitivo Conductual sugiere una serie de técnicas que son eficaces para abordar los aspectos cognitivo, conductual y emocional de la persona. Las técnicas son la exposición secuencial, terapia cognitiva, procesamiento emocional y

la explicación de la teoría del condicionamiento Clásico y Operante (Teoría de Mowrer) (Botero, 2005).

Desde el modelo planteado por Foa & Kozak (1986), del Procesamiento Emocional se explica el desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático y se tiene en cuenta el miedo que surge a partir del hecho traumático. Cualquier hecho que este asociado con el trauma va a activar el miedo. Se debe revivir el miedo para que se pueda modificar la respuesta emocional. El comentar el suceso traumático favorece al paciente, ya que identifica esos aspectos que le generan malestar y con ayuda del terapeuta el paciente va a ir regulando las emociones y procesarlas de manera adecuada.

La persona con estrés postraumático por el temor y la vulnerabilidad que siente a que le vuelva a pasar la misma situación, decide aislarse o evitar situaciones en las que pueda estar en riesgo su integridad. Por lo tanto, al iniciar terapia, el terapeuta decide exponer al paciente, ya que en esta ocasión tiene herramientas para afrontar la situación de la mejor manera e identifica las cogniciones, emociones y la conducta que surgen en el momento que genera alto malestar.

Debido a esto Litz, Orsillo, Kaloupek, Weathers & Frank (2000), hacen referencia a la técnica de la Exposición, ya que descubrieron que cualquier situación u otro incentivo puede generar como consecuencia la sintomatología propia del estrés postraumático y llegaron a la conclusión que es necesaria la técnica de la exposición porque en la persona va disminuyendo la respuesta y favorece al procesamiento emocional del trauma.



Al respecto, se resalta la importancia del protocolo de intervención propuesto para el TEPT consta de 12 sesiones llevadas a cabo en 8 módulos de terapia cognitiva conductual , con una duración de dos horas cada una, realizadas dos veces por semana. En cada sesión se asigna un auto registro o tarea conductual, que pretende consolidar el aprendizaje de las habilidades adquiridas en el manejo del TEPT y el cual se revisa al inicio de cada sesión.

El objetivo es ayudar a las víctimas de eventos traumáticos a manejar los síntomas y consecuencias generadas por el trauma. Va dirigido a personas que han sido expuestas directa o indirectamente a estos eventos y que presentan reacciones físicas, cognitivas, conductuales y emocionales que inciden y repercuten en el funcionamiento de la persona. Consta de un componente educativo que suministra información al paciente sobre el TEPT y sus consecuencias y de la enseñanza y práctica de diversas estrategias cognitivo conductuales, que permitan disminuir o eliminar los síntomas del TEPT, lo que va a permitir que el paciente tenga control sobre sus reacciones y cuente con estrategias de afrontamiento en situaciones futuras. El protocolo puede aplicarse tanto individualmente como en grupo.

Lo anterior permite mencionar que este protocolo consta de las siguientes sesiones:

Módulo 1: Psicoeducación, una sesión.

Módulo 2: Regulación emocional I, una sesión: Respiración diafragmática.

Módulo 3: Regulación emocional II, una sesión: Entrenamiento en manejo de síntomas intrusivos y de re experimentación.

Módulo 4: Control cognoscitivo, dos sesiones

Módulo 5: Exposición al evento traumático y procesamiento emocional, cuatro sesiones:

Entrenamiento en exposición prolongada y procesamiento emocional.

Módulo 6: Manejo de culpa y duelo, una sesión: Entrenamiento en manejo de culpa y duelo.

Módulo 7: Control de ira, una sesión. Entrenamiento en control de ira.

Módulo 8: Aceptación del trauma y establecimiento de metas, una sesión. Entrenamiento en el establecimiento de metas.

Al tratar en las sesiones la situación traumática, el paciente revive muchas emociones, específicamente la rabia, ya que se puede sentir rabia consigo mismo o por un factor externo que esté relacionado con la situación traumática en específico. En donde Novaco & Chemtob (1998), mencionan que la rabia es un sentimiento muy común y muchas personas que han pasado por una situación traumática tienen ese sentimiento. Las técnicas que favorecen en intervenir la emoción de la rabia son primero educar al paciente sobre el por qué aparece la rabia, hacer registro de la rabia, realizar ejercicios de relajación, reestructuración cognitiva, conocer los estilos de afrontamiento y reforzar el estilo de comunicación asertiva.

Cuando se vive una situación traumática trae consigo muchas emociones que puede experimentar la persona al vivir este hecho. Principalmente la persona experimenta ansiedad, ya que teme que la situación vuelva a suceder o también se puede presentar otro tipo de síntomas como por ejemplo soñar con contenidos relacionados con el suceso o en la actualidad del paciente se imagina o piensa que está sucediendo el hecho, pero en realidad no es así y empieza a sentir en ese momento ansiedad. Por tal motivo se debe de implementar en el tratamiento el Entrenamiento en Inoculación de Estrés, ya que por medio de esta técnica ayuda al control de la

ansiedad que surge a partir del Estrés Postraumático y aparte la técnica mencionada tiene en cuenta los tres canales que están involucrados cuando se presenta la ansiedad que son el fisiológico, cognitivo y conductual y se emplean otras técnicas como la de ejercicio de respiración, la detención de pensamiento, auto diálogo y role play (Astin & Resick, 1997). Se tiene en cuenta los canales de respuesta cuando se presenta la ansiedad, ya que no solo se altera el área afectivo emocional sino también en cómo responde el individuo ante la presencia de malestar físico por la ansiedad, los pensamientos automáticos que llegan a la mente cuando la persona está ansiosa y como responde conductualmente.

En el modelo exponen diferentes técnicas para la ansiedad social que han favorecido en el proceso de psicoterapia para que las personas que han sido diagnosticadas puedan llevar una vida funcional y puedan exponerse a esas situaciones o eventos que generan malestar tanto físico como psicológico y también se tiene en cuenta las cogniciones y la conducta de la persona que tenga ansiedad social. Salaberría & Echeburúa (2003), mencionan las técnicas que se emplean en los pacientes con ansiedad social y son reestructuración cognitiva, exposición en vivo, técnica de respiración y el entrenamiento en habilidades sociales.

La reestructuración cognitiva tiene como objetivo que el paciente reconozca esos pensamientos disfuncionales que llegan a su mente de manera automática ante situaciones que le generan ansiedad a nivel social como por ejemplo cuando va iniciar una conversación, cuando se expone delante de muchas personas, cuando toca dar su punto de vista ya sea en el contexto laboral, escolar o social. Bados & García (2010), mencionan con respecto a las técnicas sobre la reestructuración cognitiva, la importancia del rol de terapeuta, ya que este ayuda al paciente a

indagar y debatir los pensamientos irracionales y así adoptar pensamientos alternativos para que disminuya la ansiedad.

Las personas con ansiedad social conductualmente evitan las situaciones en las que se sienten vulnerables y sienten que son evaluados de manera negativa por las demás personas a su alrededor. La segunda técnica para emplear en las sesiones es la de la exposición en vivo, que favorece al paciente a enfrentarse a esas situaciones que le generan ansiedad y que en la mayoría de las situaciones realizan conductas de evitación o escape para calmar el malestar, pero con la técnica evaluada se expone al paciente con el fin de que el paciente se dé cuenta y perciba por sus propios medios que si es capaz de estar presente en esas situaciones temidas (Echeburúa & de Corral, 2007).

Cuando una persona siente angustia empieza a tener sensaciones físicas e incluso llegan pensamientos a la mente como por ejemplo piensa que va a perder el control o que se va a morir, debido a los síntomas que la persona siente y generan alto malestar. Por medio de la técnica de la respiración esos síntomas pueden disminuir y la persona se va ir sintiendo con más calma. Como menciona Labrador, de la Puente & Crespo (2004), es necesaria la técnica de relajación para disminuir la sintomatología. Y como última técnica es necesario trabajar en las habilidades sociales, debido a que ayuda al paciente a tener la confianza consigo mismo de poder iniciar una conversación o de tener nuevas amistades, ya que estará consciente que si es capaz de ser sociable y esto mejorara en las relaciones interpersonales (Gil & García, 2004).

Según Young (1990, 1999) “los esquemas se derivan de las necesidades emocionales nucleares insatisfechas durante infancia. los cuales pueden aparecer en la infancia y adolescencia como representaciones basadas en la realidad del contexto del niño” Tomando como ejemplo el caso de Elena se puede observar que esas experiencias negativas que tuvo la paciente cuando pequeña favorecieron la instauración de algunos esquemas de perfección, vulnerabilidad a la crítica, inhibición y privación emocional, defectuosidad, rechazo y desamor. Los cuales se hicieron y se han hecho notorios en las etapas posteriores de su vida (adolescencia y adultos joven) debido a que ha estado en contacto con eventos o situaciones que actúan como factor mantenedor de estos esquemas.

“La dinámica de la familia de origen configuran todas las dinámicas del mundo infantil de la niñez” (Young 1990,1999), partiendo de lo anterior se puede decir que esos niños en los que la conexión emocional con sus padres no llego a un estilo de apego seguro pueden instaurar un esquema de privación e inhibición emocional.

## 9. ANÁLISIS DEL CASO

Partiendo del objetivo general como es Analizar un caso clínico de ansiedad social y estrés postraumático a través de un estudio de caso único aplicado desde la Terapia Cognitivo-Conductual que posibilite la comprensión del fenómeno y su intervención clínica, es necesario identificar y comprender los mecanismos o factores que explican y mantienen la comorbilidad entre el trastorno de ansiedad social y el trastorno de estrés postraumático a través de la revisión de eventos significativos en la historia de JB.

JB presenta según el DSM-5 (2013) , Trastorno de Estrés Postraumático, ya que JB tuvo un suceso traumático, de abuso sexual, lo vivió de manera directa, en exposiciones repetidas, también tuvo el conocimiento que esta situación lo ocurrió a otros familiares cercanos. JB tiene recuerdos angustiosos del suceso traumático, hay presencia de malestar psicológico intenso y reacciones fisiológicas al exponerse a factores externos e internos que simbolizan un aspecto del suceso traumático. Evita situaciones que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados al suceso traumático, tiene creencias o expectativas negativas y exageradas sobre ella misma, los demás y el mundo. De acuerdo a la sintomatología que menciona la paciente y además le genera malestar, también presenta según el DSM 5, el Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social), los criterios que se cumplen en JB, como la característica esencial miedo intenso a las situaciones sociales, en las que puede ser analizado, observado y evaluado por las demás personas. Siente miedo o ansiedad a que las demás personas se den cuenta de la manifestación de las respuestas ansiógenas que le generan las situaciones sociales, que los valoren negativamente por la demostración de los síntomas. Las

personas con ansiedad social evitan o resisten en todas las situaciones sociales, hacen una generalización en todas las situaciones, se sienten vulnerables a la crítica. La paciente cumple con los criterios mencionados y la sintomatología ha afectado las diferentes áreas de la persona. Se muestra inhibida en las interacciones, por miedo a las evaluaciones negativas. Se observa a sí misma como incapaz con respecto a las situaciones sociales como por ejemplo al mantener una conversación.

La paciente presenta dos problemas, donde las Respuestas ansiógenas y la dificultad en el Desempeño Social, ambos problemas tienen una relación Anidada, ya que la situación que genera el estrés postraumático agrava la ansiedad social principalmente al componente afectado que es el desempeño social especialmente hacia las figuras masculinas. JB posee desde la infancia unas características ansiosas, tenía temor, timidez y al ocurrir el evento significativo exagera la sintomatología ansiosa y le confirma que el mundo es peligroso, factor predisponente a ambos trastornos.

El origen de los problemas se desarrolla de la siguiente manera debido a la sobreprotección de la madre como factor predisponente que genera un apego ansioso en JB, es decir según Bowlby (1979), el apego inseguro ansioso-ambivalente ocurre cuando uno de los padres no está presente al momento que el niño lo necesita y el niño pueda reaccionar ante esta situación con molestia, ya que no hay alguien disponible en ese momento y cuando uno de los padres está presente el niño responde con ansiedad para estar en contacto con ella. Esta situación conlleva a una ambivalencia, ya que por parte del niño hay una búsqueda y rechazo hacia la madre. El niño es vulnerable a la ansiedad por separación y evita conductas exploratorias. Siguiendo con el origen

de los problemas ,JB tiene un temperamento inhibido, el cuál fue señalada o etiquetada como "tímida" por parte de sus familiares lo que reforzaban estas conductas que ella tenía frente al entorno, este temperamento inhibido fue reforzado por el estilo parental de sobreprotección de la madre. Según Dunn & Kendrick (1982), desde muy temprana edad dependiendo de las reacciones de las personas que están alrededor del niño van a influir en las conductas, en la manera en cómo reacciona el niño frente al entorno que lo rodea. En JB también se fueron presentando las dificultades como la adaptación en el colegio a los 2 años , ya que JB pensaba que la madre la iba abandonar, comenta que sentía miedo porque pensaba que la madre la dejaría en el colegio y no iba a volver por ella y en ocasiones, la madre se demoraba en recogerla, en ese momento lloraba y le daba angustia. De acuerdo a esta situación que se presentaba en el área escolar, según Gutiérrez & Moreno (2011), en la etapa del desarrollo entre la edad del primer año y los dos años y medio, se acentúa el miedo al distanciamiento de los padres con ellos, los niños sienten temor hacia lo desconocido. Lo usual es que el miedo vaya desapareciendo a medida que el niño vaya creciendo, en ocasiones puede continuar hasta la etapa de la adolescencia y la adultez. Entre los 4 y 6 años de edad, el padre viajaba constantemente por motivos laborales , en los cuales pensaba que le sucedería algún accidente, al darse cuenta que el papá no llegaba a la casa y que era de noche, JB lloraba y no podía dormir hasta que el llegara, sentía temor de que el padre no regresara. Según Gutiérrez & Moreno (2011), en la edad entre los 6 y once años, el niño es capaz de identificar los símbolos internos que están en su mente y con respecto a lo que sucede en realidad. Se manifiesta el miedo con respecto a lo que está sucediendo en la realidad como por ejemplo situaciones como lesiones físicas, situaciones complejas como los accidentes, y también en específico como jeringas y sangre. También en esta etapa puede ocurrir miedo a perder un año escolar, miedo a la crítica y miedo a la relación con compañeros, cuando el niño se



muestra como amenazador. Con respecto a estas dos situaciones se muestra una base ansiosa de JB que se agrava con la situación traumática que vivió cuando tenía 8 años de edad, esto ocurrió 5 veces durante un año, JB visitaba la casa de la tía materna hacer las tareas, ya que la tía tenía computador y cuando JB estaba sola en el cuarto de los primos, el esposo de la tía, le tapaba la cara con una sábana para que ella no hiciera nada, la obligaba a tocarlo a él, manifiesta que sentía mucho temor, ella no sabía qué hacer y tampoco sabía que estaba pasando, no se atrevía hablar. En la primera ocasión que ocurrió el evento, JB estaba en compañía de una de sus primas y las dos estaban en la habitación, el esposo de la tía le tapó la cara a las dos pero en ese momento no ocurrió nada, ya que la tía llegó. Ellas decidieron hablar con la tía quien no les creyó lo que había sucedido, la tía le comentó al esposo y le dijo a JB que “ estaba mal interpretando lo sucedido” , “ que él la quería mucho”, “ no lo hacía con malas intenciones”. En el 2017, el esposo de la tía también iba hacer lo mismo con la hermana de JB, pero la hermana le informó a JB y en ese momento JB decidió decirle a la mamá, ya que sintió rabia y culpa por no haberle relatado todo antes y esperar a que le sucediera a la hermana. Cuando JB le comunicó a la mamá, la madre sentía mucha rabia, la mamá le comentó lo sucedido al resto de las hermanas de ella y confrontó a su hermana y victimario quienes negaron la situación, a partir de allí la familia se distanció. JB comenta que lo sucedido es algo que hace daño, “ soy víctima”, cuando pasó lo del suceso, JB evitaba ver al esposo de la tía, sentía rencor, rabia, miedo hacia los hombres, “fue muy difícil todo”. Lo anterior, permite afirmar según (Chartier, Walter & Stein, 2001; Kessler et al., 1997; Stemberger et al., 1995) , hay una predisposición a la fobia social en la edad adulta cuando sucede hechos significativos en la etapa de la infancia como lo son el abuso físico o sexual, así como también la falta de una relación cercana con un familiar significativo para el paciente, cambios de ciudad, conflictos en el matrimonio de sus padres. En el caso de JB, la ansiedad

social aparece, poseyendo un componente ansioso desde la infancia y se agrava con la situación traumática a los 8 años de edad. A partir de este suceso se empieza a distanciarse de los compañeros (hombres) en el colegio porque generaliza, piensa que todos los hombres le van hacer lo mismo, evita como estrategia de afrontamiento, como se había mencionado anteriormente, según los autores Gutierrez y Moreno, en la etapa de los 6 a 11 años, el niño siente miedo a la relación con compañeros, relacionándolo con el caso de JB, ella se aleja de los compañeros (niños) porque los ve como una amenaza, ya que piensa que todos los hombres le van hacer lo mismo, debido a que estuvo expuesta a una situación traumática. En once grado, empieza a experimentar en un evento del colegio respuestas ansiogenas de tipo social. De acuerdo a Rachman (2004), comenta que las situaciones que más generan miedo a las personas con fobia social son: conversar en público, ir a fiestas y dialogar con figuras de autoridad. JB tuvo una exposición frente a todo el colegio y al observar a todos los estudiantes, se le olvidó todo, empezó a temblar y le hacia falta la respiración. Desde ahí empezó el miedo a las participaciones en clase, a realizar preguntas, a los profesores o compañeros cuando tiene una duda y a las exposiciones en clase, conforme a lo que comenta Beidel & Turner (2007), mencionan que conversar en público en un evento importante (situación que genera mas ansiedad), cumpleaños, iniciar y seguir en una conversación, lo evalúan como situaciones que generan ansiedad y las personas con fobia social quieren evitar, por tal motivo JB evita las participaciones o preguntar a los profesores o compañeros cuando tiene una duda. Con respecto al desempeño social Antony & Swinson (2000b) mencionan que las personas con ansiedad social presentan dificultades al momento de relacionarse con los demás y esto requiere de una modificación en la conducta, esto ocurre por los niveles de ansiedad que maneja la persona, las personas con fobia social tienen las habilidades interpersonales aunque no lo crean, como

interactuar e iniciar conversaciones con las personas que esten a su alrededor pero piensan que no son capaz y además que los temas de conversación que podrían proponer no son de interés para la otra persona . Se presenta dificultad al iniciar una conversación por miedo a que la juzguen, también realizar nuevas amistades, tiene un estilo de comunicación sumisa , no le gusta generar problemas con la toma de decisiones con los demás.

Los problemas se fueron adquiriendo el de desempeño social por condicionamiento bifactorial clásico, por la experiencia traumática genera en la paciente miedo a los hombres acompañada de respuestas ansiógenas y por condicionamiento operante por el R- de la conducta de evitación hacia los hombres, el aprendizaje cognitivo, ya que la familia la etiquetó desde la infancia como tímida. Se puede comprender a partir de la Teoría Bifactorial de Mowrer (1939), en esta teoría se explica cómo una persona mantiene el miedo y la ansiedad por medio del Condicionamiento Clásico, que explica como aparece la sintomatología por medio de un estímulo incondicionado que sería en este caso el trauma que conlleva al miedo o ansiedad que sería la respuesta incondicionada. El recuerdo de la situación traumática sería el estímulo condicionado y el miedo o ansiedad la respuesta condicionada y Mowrer también explica el Condicionamiento Operante en donde hay un reforzamiento positivo y un reforzamiento negativo y esto permite que la persona vuelva a repetir la situación. JB evita o escapa del recuerdo del trauma por ejemplo no participando en clase o la ansiedad que le genera una exposición en clase, evita estar sola con hombres. Han sido sucesos que han marcado en la vida de JB, ya que cada persona interpreta las situaciones de manera diferente, son sucesos que han ocurrido en la infancia y a partir de ahí se van instaurando los esquemas como abandono, desconfianza/abuso, vulnerabilidad al daño, autosacrificio, inhibición emocional, perfeccionismo y autoexigencia. En este caso, de acuerdo

con Young ( 1990, 1999 ), JB teme no ser competente y que algo malo pueda sucederle a ella o a las personas que son importantes para ella, estas situaciones activan su esquema de autoexigencia como estilo de afrontamiento sobrecompensatorio de ser perfeccionista, además las respuestas conductuales ante la figura masculina y el desempeño académico desencadenan un estilo evitativo con un esquema de inhibición emocional, ya que considera no expresar lo que siente o piensa, para evitar problemas, activando el esquema de autosacrificio. Todos estos estilos influyen en su esquema de desconfianza, debido a que siente temor a que se vuelva a repetir la situación del abuso.

Al iniciar su proceso terapéutico, presenta conductas evitativas para disminuir su ansiedad, las cuales que actúan como factor de mantenimiento, evita que las personas se sientan incomodas, quiere evitar generar malestar hacia las demás personas cuando está en cualquier conversación, evita problemas y comentarios, así como también evita las situaciones que le generan malestar, como el estar en contacto con un hombre, como abrazarlos o cruzar con un hombre en la calle estando sola. Autores como Beck et al., 1985; Wells & Clark, 1997 comentan que la conductas evitativas y otras conductas que generen tranquilidad en las personas con fobia social, las llevan a cabo para que las demás personas no observan su ansiedad y así no los evalúen de manera negativa.

Se quiere prevenir a largo plazo el trastorno de personalidad evitativo, dificultades en lazos afectivos, depresión mayor, ya que al haber vivido en la infancia un suceso traumático, esto genera como consecuencias cambios en la manera en como interpretas las diversas situaciones de la vida, ya sea en el ámbito personal, social, laboral, entre otros. Con el suceso traumático no

solo está relacionado el trastorno de estrés postraumático, sino también los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, ya que por haber experimentado una situación que genera un impacto en la vida de la paciente y que como consecuencia se reforzó de manera negativa, depende en la manera en como lo interpreta la paciente y puede aparecer la alteración del estado de animo de tipo depresivo. Como ocurrió el hecho en la infancia se puede instaurar un trastorno de la personalidad como es el evitativo, ya que la paciente manifiesta dificultades en el desempeño social. En este orden de ideas, el análisis del caso ha permitido no sólo la comprensión del fenómeno, mediante la evaluación del caso, la recolección de datos por medio de la entrevista, historia clínica, instrumentos aplicados , verificación de las teorías propuestas, sino también ha permitido su intervención para brindar nuevas perspectivas en el tratamiento.

El proceso de intervención de la paciente se llevó a cabo durante 35 sesiones, desde la primera sesión se trabajó con el compromiso de generar cambios en la conducta de la paciente para disminuir la ansiedad social ante el trastorno postraumático que padece. A medida que se fue trabajando con la paciente en las sesiones anteriormente mencionadas, se implementaron, algunas técnicas como la reestructuración cognitiva, la exposición en vivo, lecturas dirigidas y los ensayos reales en la sesión, ayudaron a que la paciente se diera cuenta de la relación entre sus diagnósticos y desarrollar formas de afrontamiento.

Al inicio del tratamiento la paciente manifestaba que había vivido una situación traumática que exacerbaba la sintomatología ansiosa, lo que conllevó a una ansiedad social y se manifestaba en la dificultad de mantener una conversación cuando una persona se le acercaba, lo cual generaba reacciones fisiológicas tales como sudoración, miedo, temblor en las manos, etc. ,

lo que influye como un factor determinante, ya que esto permite que se conserve la conducta y el malestar relacionado con la sintomatología del Estrés Postraumático y la ansiedad social incrementa.

En el área afectiva, la paciente considera que se siente en confianza con su pareja, tiene pocas amistades, las valora y son importantes para ella. Para todo proceso psicoterapéutico es importante iniciar con la psicoeducación del diagnóstico de uno más trastornos, se realiza la explicación y la relación de los problemas de acuerdo a la historia del problema y a la luz de los factores de desarrollo. A lo largo del proceso de intervención, se trabajó de manera paralela, ya que la relación entre los problemas es anidada, la situación que origina el estrés postraumático agrava la ansiedad social principalmente al componente afectado que es la dificultad en el desempeño social especialmente con las figuras masculinas. JB ya venía con niveles ansiosos desde la infancia, sentía temor, timidez y al ocurrir el evento significativo exacerbaba la sintomatología ansiosa y le confirma que el mundo es peligroso.

Tanto el Estrés Postraumático como la Ansiedad Social están relacionados, ya que ambos presentan en común respuestas relacionadas a las áreas cognitiva (se activan los esquemas, creencias centrales y creencias intermedias), fisiológica, emocional y comportamental. La paciente al sentirse vulnerable ante las situaciones que están asociadas a la situación traumática, como consecuencia se presenta como respuesta miedo y ansiedad, se activan los esquemas y las creencias. Por tanto, la comorbilidad se presenta debido a la base ansiosa de la paciente, ya que vivió una situación traumática que sucedió en la infancia, por lo que al recordar, le genera

ansiedad en las situaciones actuales con sus compañeros, pensando que sucederá lo mismo que con el padrino, activándose la sintomatología de miedo y ansiedad.

En el proceso hubo algunas limitaciones, en específico a mitad del proceso por el horario, ya que en la universidad cada semestre varía el horario y también por la parte económica de la paciente. A pesar de las limitaciones, ya que las sesiones pasaron para cada 15 días, se han obtenido resultados positivos por parte de la paciente y manifiesta en la comunicación verbal que se siente bien y que su vida ha tenido un cambiado positivo con ayuda del proceso terapéutico.

## 10. DISCUSIÓN

En el presente estudio de caso único, se llevaron a cabo los objetivos, logrando analizar un caso clínico de ansiedad social y estrés postraumático a través de un estudio de caso único aplicado desde la Terapia Cognitivo- Conductual que posibilite la comprensión del fenómeno y su intervención clínica.

Con respecto al primer objetivo que consiste en explorar diferentes modelos teóricos que posibiliten la comprensión y el abordaje terapéutico de la Ansiedad Social y el Trastorno de Estrés Postraumático desde el enfoque Cognitivo- Conductual, donde se puede evidenciar que el modelo de Beck (1985), hace referencia a los síntomas cognitivos que presenta la paciente como es la ansiedad y el miedo que se derivan de una creencia errónea de un peligro que no se confirma mediante la observación directa, pues aumenta la sensación de vulnerabilidad lo que hace que la paciente registre señales de daño personal que son neutrales o inocuas.

En concordancia con lo que menciona Beck (1985), se regulan emociones negativas en la paciente con sensaciones de inadecuación enfocadas hacia las situaciones sociales, asociadas a conductas que deben ser minimizadas y evitar que los demás individuos la perciban. Todo ello guarda relación con lo que evidencia la paciente en las sesiones anteriores a través de la situación traumática que vivió en la infancia, existe una comorbilidad, mediante esos pensamientos generando el trastorno de ansiedad social.



Además, este estudio concuerda con lo que manifiesta Rodríguez & Caballo (2003), manifestando que las respuestas del sujeto, es generada por el contexto social negativo y un conjunto de variables orgánicas, que darían lugar a un patrón desadaptativo de respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas, lo cual sucedió con la paciente al momento de vivir la situación traumática con su padrino.

Como segundo objetivo se tiene identifica los factores de vulnerabilidad a nivel cognitivo, emocional y conductual que permitan la comprensión de un caso clínico de TAS y TEPT, a través del cual en la ansiedad social existen distintos factores que el paciente adoptó al momento de presentar las conductas, tal y como lo menciona Bögels, Van Oosten, Muris y Smulders (2001), los cuales manifiestan que la edad temprana es uno de los factores vulnerables en donde se presenta el trastorno y es en esta etapa donde la paciente comienza a tener miedo ante las conductas del padrino, por lo cual se presenta el miedo hacia él.

Al respecto, uno de los factores vulnerables de la paciente se basa en la historia de traumas previos, donde se activan los síntomas y existe una predisposición psicológica al reactivar conflictos previos no resueltos, es decir, historias de abuso físico o sexual (Goenjian et al. 2000), lo cual concuerda en lo manifestado por la paciente en las sesiones, tras la situación traumática que vivió en la infancia.

En el mismo orden de ideas, Beck y Greenberg (1988), señalan que a través del sistema de peligro se activa un sistema de alarma que produce los síntomas conductuales y fisiológicos del paciente, conllevando a una respuesta de lucha o huida. Por tanto la comorbilidad entre el estrés

postraumático y la ansiedad social radica en que la situación traumática que presenta la paciente, conlleva a manifestar otros trastornos como es el de la ansiedad social debido a que siente miedo de volver a pasar por esa situación indeseable.

Como tercer objetivo se tiene comprender los mecanismos que explican y mantienen la comorbilidad entre la TAS y TEP a través de la revisión de eventos significativos en su historia familiar. De esta manera se especifica la explicación acerca de la comorbilidad por medio del análisis de su historia que se obtiene a través de la entrevista clínica y de las bases teóricas cognitivos conductuales.

Por medio de la entrevista clínica, se obtiene la información por parte del paciente, acerca de los hechos significativos que por medio de una línea del tiempo por edad, se especifican cada uno de los sucesos, desde la etapa de la infancia hasta la edad actual y de acuerdo a la información brindada por el paciente, el terapeuta identifica cuales son las problemáticas actuales que están generando malestar en el individuo.

De acuerdo a la bases teóricas desde el enfoque Cognitivo Conductual acerca de la comorbilidad entre el Trastorno de Estrés Postraumático y Fobia Social, según Gibb, Chelmiski & Zimmerman (2007), mencionan que al ocurrir un tipo de abuso, que es un hecho significativo puede conllevar a un diagnóstico como la Fobia Social y está relacionado con el Trastorno de Estrés Postraumático, ya que uno de los criterios para diagnosticar este tipo de Trastorno mencionado es el haber experimentado o estar relacionado con un hecho significativo y posterior al hecho genere un impacto en la vida del individuo. En este caso de la paciente

identificada como JB, experimentó un hecho significativo como el abuso sexual infantil y ansiedad social, lo cual trajo consigo la sintomatología ansiosa relacionada con el área social y el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático. El hecho significativo trajo como consecuencia dos tipos de trastornos tanto el Estrés Postraumático como la Fobia Social.

Otros autores como ( Lieb et al., 2000; Magee, 1999), hacen referencia a hechos significativos relacionados con el vínculo con los padres como por ejemplo la sobreprotección de los padres hacia los hijos. JB en la infancia menciona que en especial la madre la sobreprotegía, también mencionan hechos como la separación de los padres, peleas o cualquier otro tipo de hecho que genere un impacto en la vida de la paciente. Estos hechos generan una consecuencia, ya sea una respuesta de estrés o ansiedad. Que puede llevar a una comorbilidad entre Trastorno de Estrés Postraumático y Fobia Social.

Taylor (2006), menciona que el desarrollo de cada trastorno surge a partir de la manera en como la persona interpreta la situación y como responde después ante situaciones que sean similares. Con respecto en como el individuo interpreta y responde ante la situación influye la capacidad cognitiva de la persona. En el caso de JB cuando sucedió el suceso traumático, la paciente tenía 8 años, ella sabía que es lo que estaba ocurriendo y sentía con mucha frecuencia ansiedad, ya que pensaba que la experiencia iba a volver a ocurrir.

Por último se tiene el objetivo que pretenden investigar algunos protocolos y modelos de intervención que muestren ser eficaces en el abordaje de ambos trastornos en la práctica clínica. Todo ello se basó en protocolo de Pieschakon, basado en 12 sesiones caracterizadas en 8

módulos de terapia cognitiva conductual, lo cual pretende afianzar las habilidades de aprendizaje, además permite que el paciente tenga control sobre sus reacciones y cuente con estrategias de afrontamiento en situaciones futuras. El protocolo puede aplicarse tanto individualmente como en grupo.

Sin embargo, los modelos más adecuados para la intervención, se expresan Salaberría & Echeburúa (2003), quienes mencionan que las técnicas empleadas en los pacientes con ansiedad social son la reestructuración cognitiva, exposición en vivo, técnica de respiración y entrenamiento de habilidades sociales.

Además, se plantea diseño de intervención con el fin de brindar una serie de herramientas para trabajar de manera simultánea, ya que la ansiedad social está relacionada con el miedo, la ansiedad que se presenta en el estrés postraumático y es que con frecuencia la paciente pensaba que todos los hombres le iban hacer lo mismo y que la situación (experiencia) iba a volver a suceder.

## 11. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los modelos cognitivos de Beck (1985), sobre la ansiedad social, en la terapia cognitiva conductual, se puede evidenciar la comorbilidad que existe entre la ansiedad social y el trastorno de estrés postraumático de la paciente, constituyendo una serie de síntomas que están relacionados entre ambos. Lo cual guarda una relación debido a que las situaciones traumáticas que la paciente ha evidenciado a través del abuso sexual, presenta una sintomatología asociada a la ansiedad social, por lo cual se puede deducir que si existe una comorbilidad entre ambas. Por tanto la terapia cognitiva conductual contribuye al mejoramiento de los resultados de la paciente, fortaleciendo los procesos de adherencia a los tratamientos de acuerdo con los trastornos comórbidos.

Partiendo de la entrevista clínica y tomando en cuenta los pensamientos, la historia familiar y socioafectiva, se reconocen las emociones y las conductas de la paciente, que permiten establecer la relación entre ambos trastornos, evidenciado la comorbilidad entre ambos a través de las situaciones significativas que terminan siendo parte de los factores de desarrollo

En los resultados, de manera sintética, la paciente es consciente de que es capaz de exponer y participar en clase sin sentir malestar, puede hablar con hombres sin que lleguen a su mente imágenes del suceso traumático, fue monitora de una clase y actualmente interactúa más socialmente y eso le genera felicidad a JB. Como evidencia hubo cambios en los esquemas de Abandono, Desconfianza/ Abuso, Vulnerabilidad al Daño, Auto sacrificio, Inhibición Emocional, Perfeccionismo y Auto exigencias y en las creencias Centrales de Desamparo: soy

débil, vulnerable, soy incapaz, Creencia Incapacidad de Ser Amado: no soy querible, me van a rechazar y me quedare sola por pensamientos alternativos que ayudan al paciente a tener una mejor interpretación de las situaciones que se asocian a la situación traumática.

Al respecto, se le brindan a la paciente las técnicas y herramientas para que las pueda emplear en situaciones reales que se asocian con los problemas que le generan malestar y así la misma se sienta empoderada y siendo JB su propio terapeuta, ya que va a saber cómo manejar esas situaciones poniendo en práctica lo brindado por el terapeuta en las sesiones de psicoterapia, cada una de las técnicas son empleadas de manera agrupadas, ya que la intervención se realizó de manera simultánea.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical psychology review*, 24(7), 857-882.
- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional disorders: A unified protocol.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 227-246.
- Amutio, A., Franco, C., Sánchez, L.C., Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., Van Gordon, W., y Molero, M.M. (2018). Effects of Mindfulness Training on Sleep Problems in Patients with Fibromyalgia. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-8.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000b). *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment*. American Psychological Association.
- Arredondo, V. (2002). Guía básica de prevención del abuso sexual infantil. Viña del Mar: Paicabi.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastorno de personalidad. En V. Arlinton, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5*. Washintong, DC: Asociación Americana de Psiquiatría.

- Astin, M. C., & Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, 1*, 171-209.
- Attili, G. (1989). Social competence versus emotional security: The link between home relationships and behavior problems in preschool. In *Social competence in developmental perspective* (pp. 293-311). Springer, Dordrecht.
- Bados, A. (2015). Fobia social: Naturaleza, evaluación y tratamiento. Universitat de Barcelona.
- Bados, A., & García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, 15*.
- Bardeen, J. R., Tull, M. T., Stevens, E. N., & Gratz, K. L. (2015). Further investigation of the association between anxiety sensitivity and posttraumatic stress disorder: Examining the influence of emotional avoidance. *Journal of contextual behavioral science*, 4(3), 163-169.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P., & De Bourdeaudhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1377-1395.
- Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. *Handbook of socialization theory and research*, 213, 262.



Barlow, D.H. & Duran, V.M. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral* (2ª ed.), México: Thomson.

Beck, A. (1985). *Ansiedad Desordenes y fobias. Una Perspectiva Cognitiva*. New York.

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561- 571.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(2), 194.

Beck, A. T., & Clark, D. A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Descleé de Brouwer.

Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety research*, 1(1), 23-36.

Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R. L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.

- Beck, A. T., & Greenberg, R. L. (1988). Cognitive therapy of panic disorder. *Review of psychiatry*, 7, 571-583.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., Axelrod, R. & Cichon, J. (1984). Sexual problems of sexual assault survivors. *Women and Health*, 9, 5-20.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorders*. American Psychological Association.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., Da Costa, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the short term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15(4), 537- 556.
- Boney-McCoy, S. & Finkelhor, D. (1995). Psychosocial sequel of violent victimization in a national youth sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 726-736.
- Bögels, S. M., van Oosten, A., Muris, P., & Smulders, D. (2001). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39(3), 273-287.
- Bonilla, K., & Padilla, Y. (2015). Estudio piloto de un modelo grupal de meditación de atención plena (mindfulness) de manejo de la ansiedad para estudiantes universitarios en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 26(1), 72-87.

- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3): 465-478.
- Botero, C. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas psychologica*, 4(2), 205-219.
- Bowlby, J. (1979). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
- Bradley, S., & Sloman, L. (1975). Elective mutism in immigrant families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 510-514.
- Breslau, N., Kessler, R., & Peterson, E. L. (1998). Post-traumatic stress disorder assessment with a structured interview: reliability and concordance with a standardized clinical interview. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7(3), 121-127.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological review*, 103(4), 670.
- Bruch, M. A., Gorsky, J. M., Collins, T. M., & Berger, P. A. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multicomponent analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 904.
- Bruch, M. A., Heimberg, R. G., Berger, P. y Collins, T. M. (1988). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. Manuscrito sin publicar.

- Bustamante, V., & Hernández, F. (2016). Presentación de un caso clínico sobre ansiedad social bajo el modelo de terapia Cognitivo Conductual. *Huella de la palabra, revista de investigación educativa*, (10), 51-58.
- Caballo, V. (1995). Fobia social. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobbles (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1* (pp. 285-340). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Hofmann, S. G. (2019). una nueva intervencion multidimensional para la ansiedad social: El programa imas1. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(1), 149-172.
- Caffaro-Rouget, A., Lang, R. A., & van-Santen, V. (1989). The impact of child sexual abuse on victims' adjustment. *Annals of Sex Research*, 2(1), 29-47.
- Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2007). Psychological theories of PTSD. *Handbook of PTSD: Science and practice*, 55-77.
- Calhoun, K. S., & Resick, P. A. (1993). *Post-traumatic stress disorder*. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (p. 48–98). The Guilford Press.
- Cervone, D., & Pervin, L. A. (2009). *Personalidad teoría e investigación*. Editorial el Manual Moderno.

- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2001). Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine*, 31, 307-315.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Defeat fear and anxiety: A cognitive therapy workbook*. Manuscript in preparation, Department of Psychology. University of New Brunswick, Canada.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2016). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones*. Desclée De Brouwer.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1997). Cognitive therapy for anxiety disorders. *Review of psychiatry*, 16, 1-9.
- Classen C, Koopman CH, Hales R, Spiegel D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155:620-4
- Ducrocq, F., & Jehel, L. (2014). Trastornos psicotraumáticos. *EMC-Tratado de Medicina*, 18(3), 1-7.
- Dunn, J., & Kendrick, C. (1982). The speech of two-and three-year-olds to infant siblings: 'baby talk' and the context of communication. *Journal of Child Language*, 9(3), 579-595.
- Echeburúa, E. (2007). Treatment guidelines for victims of terrorism: a comprehensive approach. En S. Begeç (dir.), *The integration and management of traumatized people after terrorist attacks* (pp. 108-118). Amsterdam: IOS Press (Nato Science Series).

- Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos:¿ Cuándo, cómo y para qué. *Psicología conductual*, 15(3), 373-387.
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. En J. Sanmartín (Ed.), *Violencia contra los niños*(pp. 86-112). Barcelona: Ariel.
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Eisenberg, N., Gershoff, E. T., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Cumberland, A. J., Losoya, S. H., ... & Murphy, B. C. (2001). Mother's emotional expressivity and children's behavior problems and social competence: Mediation through children's regulation. *Developmental psychology*, 37(4), 475.
- Escudero, S., Martín L., & González , H. (2017). Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico de estrés postraumático debido a abusos sexuales en la infancia. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 5(1), 43-64.
- Foa, E. B. (1995). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of PTSD. En J. Fairbank (Chair), *Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches to the treatment of PTSD*. Plenary Symposium realizado en la reunión anual de la International Society for Traumatic Stress Studies, Boston, Ma.
- Foa, E. B. y Kozac, M. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 6(4), 459-473.
- Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. Oxford University Press.
- Gázquez, J.J., Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M., Oropesa, N.F., Simón, M.M., & Saracostti, M. (2019). La calidad del sueño y el papel mediador del manejo del estrés en la alimentación por parte del personal de enfermería. *Nutrientes*, 11(8), 1-10.
- Gibb, B.E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24,256-263.
- Gil, F., y García, M. (2004). Entrenamiento en habilidades sociales. En Labrador, F.J., Cruzado, J.A., y Muñoz, M, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, (pp. 796-827). Madrid: Pirámide.
- Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M., & Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 911-895.
- Green, R. N., & Klinka, K. (1994). A field guide to site identification and interpretation for the Vancouver Forest Region. *Land management handbook* 28.

- Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de psicología (Santiago)*, 26(2), 16-28.
- Guerra, C., & Farkas, C. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso?. *Revista de Psicología*, 24(2). doi:10.5354/0719-0581.2015.38013
- Gutiérrez, A., & Moreno, P. (2011). *Los niños, el miedo y los cuentos: cómo contar cuentos que curan*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Halpern, W. I., Hammond, J., & Cohen, R. (1971). A therapeutic approach to speech phobia: elective mutism reexamined. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2010). Definición conceptual o constitutiva.
- Hides, L., Quinn, C., Stoyanov, S., Kavanagh, D., & Baker, A. (2019). Psychological interventions for co-occurring depression and substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
- Hinde, R. A., & Tamplin, A. (1983). Relations between mother-child interaction and behaviour in preschool. *British Journal of Developmental Psychology*, 1(3), 231-257.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive behaviour therapy*, 36(4), 193-209.



- Holmes, M. R. y St. Lawrence, J. S. (1983). Treatment of rape-induced trauma: Proposed behavioral conceptualization and review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 3, 417-433.
- Hope, D.A., Holt, C.S., & Heimberg, R.G. (1993). Social phobia. En T.R. Giles (Ed), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 227-251). Nueva York: Plenum.
- Instituto Colombiano del Bienestar Familiar .(2019). *Violencia Juvenil: Cada dos horas el ICBF abre un proceso por violencia infantil*.
- Keane, T. M., Zimering, R. T. & Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavioral Therapist*, 8, 9-12.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113 (1), 164-180.
- Kessler, R.C., David, C.G., & Kendler, K.S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27,1101-1119.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J. y Best, C. L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. En C. R. Figley (dir.). *Trauma and its wake: Vol.1. The study and treatment of posttraumatic stress disorder*. Nueva York: Brunner/Mazel.

- Kilpatrick, D. G., Veronen, L.J. y Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape. En D. M. Doleys, R. L. Meredith y A. R. Ciminero (dirs.). Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies. Nueva York: Plenum.
- Klein, R. H. & Schermer, V. L. (2000). Group Psychoterapy for Psychological Trauma. New York: The Guilford Press.
- Labrador, F.J., de la Puente, M.L., y Crespo, M. (2004). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En Labrador, F.J., Cruzado, J.A., y Muñoz, M, Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta, (pp. 367-395). Madrid: Pirámide.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Nueva York: Springer.
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859- 866.
- Litz, B. T., Orsillo, S. M., Kaloupek, D., & Weathers, F. (2000). Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 26.
- Magee, W. J. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Social Psychiatry Epidemiology*, 34, 343-351.
- Martínez , J. (2010). Intervención psicológica en pacientes con comorbilidad del consumo de cocaína y alcohol y trastornos de personalidad. *Trastornos Adictivos*, 12(4), 140-143.
- Martínez , P., Neira, P., Marín, C., & Gómez , M.(2019). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 7(1), 4-15.

- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T., & Scholle, R. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1326-1333.
- Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: it's not what you thought it was. *American psychologist*, 61(1), 10.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological review*, 46(6), 553.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of "conditioning" and "problem solving." *Harvard Educational Review*, 17,102-148.
- Novaco, R. W., & Chemtob, C. M. (1998). Anger and trauma. *Cognitive behavioural therapies for trauma*, 162-190.
- Organización Mundial de la Salud (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Madrid, España: Médica Panamericana (orig.1993).
- Organización Mundial de la Salud (1995). Informe sobre el sistema de salud mental en México. Ginebra, Suiza.

- Orr S, Pitman R. (1999). Neurocognitive risk factor for PTSD. En Yehuda R (ed). Risk factors for Posttraumatic Stress Disorder. American Psychiatric Press Inc. 1st Edition, Washington, USA.
- Öst, L. G., & Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 19(5), 439-447.
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics in relation to trait depression and anxiety levels in a non-clinical group. *Australian and new zealand Journal of psychiatry*, 13(3), 260-264.
- Peña, E., Bernal, L., Pérez, R., Reyna, L., & García, K. (2017). Estrés y estrategias de afrontamiento en Estudiantes de Nivel Superior de la Universidad Autónoma de Guerrero. *Nure Investigación*, 15(92), 1-8.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Pieschacon, M. (2011). *Postraumatic Stress Disorder a Cognitive Behavioral Approach* (Final Thesis). Atlantic International University de Honolulu, Hawaii.
- Putallaz, M., & Heflin, A. H. (1990). Parent-child interaction. Peer rejection in childhood, 189.
- Rachman, S. (2004). *Anxiety (Clinical Psychology: A Modular Course)*. New York: Press Ltd.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical psychology review*, 17(1), 47-67.

- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical psychology Review*, 24, 737-767.
- Resick, P. A. (2001). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(4), 321-329.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual. Newbury Park, Ca: Sage.
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Rizvi, S. L. (2008). *Posttraumatic stress disorder*. In W. E. Craighead, D. J. Miklowitz, & L. W. Craighead (Eds.), *Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations* (p. 234–278). John Wiley & Sons Inc.
- Rodríguez, J., & Caballo, V. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*. 11(3), 483-515.
- Salaberría & Echeburúa, E.(2003). Guía de tratamientos eficaces para la fobia social. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 271- 285). Madrid: Pirámide.
- Sarmiento , R. (2016). Trastorno de Estrés Postraumático, Ansiedad y Depresión en Adolescentes y Adultos expuestos al conflicto armado en Colombia 2005-2008. *Medicina*, 38(2), 134-156.
- Saywitz, K.J., Mannarino, A.P., Berliner, L., & Cohen, J. A.(2000). Treatment for children who have been sexually abused. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049.

- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R. & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Silverman, W. K., & Kurtines, W. M. (1996). Transfer of control: A psychosocial intervention model for internalizing disorders in youth.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety: Currents trends in theory and research. New York: Academic Press.
- Stake, R. (1999). Investigación con estudios de caso (R. Filella, trad.). *Madrid: Ediciones Morata*.
- Stemberger, R.T., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K.S. (1995). Social phobia: An analysis of posible developmental factors. *Journal of abnormal Psychology*, 104, 526-531.
- Tapias, Y. (2018). Caso clínico MJ Trastorno de estrés postraumático crónico y fobia generalizada, atención en IPS.
- Taylor, S. (2006). *Clinician's Guide to PTSD: A Cognitive-Behavioral Approach*. Nueva York: Guilford.

- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992b). Social Phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and Avoidant Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- Vásquez, C. & Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. En: *Ansiedad y Estrés*, 9 (2-3), 231-254.
- Wittchen,H.U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears ans social phobia in a community simple of adolescents and Young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Midecine*, 29, 309-323.
- Yehuda, R. (2001). Biology of posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders; A schema- focused approach* (rev. ed.). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Zayfert, C., & Black, C. (2008). *Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. Manuel Moderno.
- Zorzella, K. P., Muller, R. T., & Cribbie, R. A. (2015). The relationships between therapeutic alliance and internalizing and externalizing symptoms in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child abuse & neglect*, 50, 171-181.

## **12. ANEXOS**



Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nivel Escolar: \_\_\_\_\_

Preguntas	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.				
2. Me siento seguro.				X
3. Estoy tenso.				X
4. Estoy contrariado.	X			
5. Me siento a gusto.	X			
6. Me siento alterado.				X
7. Estoy preocupado actualmente por algun posible contratiempo.	X			
8. Me siento descansado.		X		
9. Me siento ansioso	X			
10. Me siento cómodo.	X			
11. Me siento con confianza en mi mismo.				X
12. Me siento nervioso.				X
13. Estoy agitado.	X			
14. Me siento a punto de explotar.	X			
15. Me siento relajado.	X			
16. Me siento satisfecho.				X
17. Estoy preocupado.	X			
18. Me siento muy exitado y aturdido.	X			
19. Me siento alegre.				X
20. Me siento bien.				X

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente	Casi Siempre
1. Me siento bien.				X
2. Me canso rápidamente.	X			
3. Siento ganas de llorar.	X			
4. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.	X			
5. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente.	X			
6. Me siento descansado.				X



**Puntúe según la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas de acuerdo a esto**

**1. Ausente      2. Ligera      3. Moderada      4. Fuerte**

- 1. HUMOR ANSIOSO** ¿Se siente Vd. nervioso, ansioso? 1
- 2. TEMOR** ¿Se siente Vd. asustado? 1
- 3. PANICO** ¿Se aterroriza Vd. con facilidad? 1
- 4. DISGREGACION** ¿Se siente Vd. cómo si fuese a volverse loco? 1
- 5. PREOCUPACION** ¿Se siente Vd. cómo si fuese a ocurrir algo terrible? 1
- 6. TEMBLOR** ¿Se siente Vd. tembloroso? 2
- 7. ALGIAS Y DOLORES CORPORALES** ¿Tiene Vd. dolores de cabeza, cuello o espalda? 1
- 8. FATIGABILIDAD** ¿Se cansa Vd. con facilidad? ¿Se siente Vd. débil a ratos? 1
- 9. INQUIETUD** ¿Se encuentra Vd. inquieto? ¿Hasta el punto de no poder permanecer sentado? 1
- 10. PALPITACIONES** ¿Siente Vd. que su corazón late deprisa? 2
- 11. MAREO** ¿Se siente Vd. mareado a ratos? 1
- 12. DESAMAYOS** ¿Se ha desmayado Vd. a veces? ¿Ha sentido cómo si fuera a desmayarse? 1
- 13. DISNEA** ¿Siente Vd. dificultad para respirar? 2
- 14. PARESTESIAS** ¿Tiene Vd. sensación de acorchamiento en los dedos o alrededor de la boca? 1
- 15. NAUSEAS Y VOMITOS** ¿Siente Vd. náuseas? ¿Vómitos? 1
- 16. FRECUENCIA URINARIA** ¿Necesita Vd. ir a orinar con mucha frecuencia? 1
- 17. SUDORACION** ¿Se siente Vd. sudoroso, con las manos húmedas y frías? 1
- 18. BOCHORNOS** ¿Tiene Vd. bochornos? 1
- 19. INSOMNIO INICIAL** ¿Le cuesta a Vd. trabajo dormir? 1
- 20. PESADILLAS** ¿Tiene Vd. sueños que le asustan, pesadillas? 1



**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE**  
 .....(título) Caso de una paciente femenina de 19 años con Trastorno de Estrés Post-traumático  
 Nombre de la psicóloga(o): Romina Jhans Villamizar ahora en comorbilidad de  
FOBI y Social.

Señor(a) x Jennifer Babilonia Suárez le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

#### Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se que de la forma más autentica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender.... (Especificar aquellos objetivos o preguntas orientadoras a los que apunta el caso).

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre (colocar temática) y de haber recibido del señor(a) Romina Jhans Villamizar explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a (colocar su nombre) para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del señor \_\_\_\_\_ y el testigo (si lo hay, lo cual se sugiere), en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día 06 del mes de Noviembre del año 2019.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: + Jennifer Babilonia Suárez Firma: Jennifer Babilonia Suárez  
Cédula de ciudadanía: 1001836380 de Arjona - Bolívar

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: Romina Ilinés Villamizar Firma: Romina Ilinés V.  
Cédula de ciudadanía: 1140870662 de Baranquilla  
Teléfono: 3006725469, Correo electrónico: rominal@uninorte.edu.co

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Cédula de ciudadanía: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_